

Universidad del Aconcagua



Facultad de Psicología

“Estrategias de regulación emocional en pacientes con Cáncer”

ALUMNA: MELISSA SOLITRO

DIRECTORA: DRA. MARIANA TORRECILLA

MENDOZA, SEPTIEMBRE 2014

HOJA DE EVALUACIÓN

TRIBUNAL EXAMINADOR:

PRESIDENTE:

VOCAL:

VOCAL:

PROFESOR INVITADO: Dra. Mariana Torrecilla

NOTA:

Resumen

Los objetivos del presente trabajo son identificar si predomina la supresión de la expresión emocional por sobre otras estrategias en pacientes oncológicos, examinar si estos presentan una tendencia a expresar emociones negativas en menor medida que las positivas, evaluar la posible presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, identificar factores de personalidad característicos y determinar si existe algún nivel de correlación entre las variables evaluadas. Para esto se evaluó a un grupo de 30 pacientes oncológicos con diversos tipos de patología cancerosa. Los resultados muestran que los pacientes utilizan la Reevaluación Cognitiva por sobre la Supresión de la expresión emocional, además que expresan sus emociones positivas en mayor medida que las negativas. Por otro lado se observa que los pacientes no muestran índices significativos de sintomatología depresiva ni ansiosa. En cuanto a los factores de personalidad los pacientes poseen puntajes altos para el factor "Agradabilidad". Por último Depresión y Neuroticismo correlacionaron de manera positiva, expresividad negativa lo hizo con Supresión Emocional, Depresión y Neuroticismo. Este último correlacionó con síntomas ansiosos y síntomas depresivos correlaciono positivamente con supresión emocional.

Abstract

The objectives of this study are to identify whether dominant suppression of emotional expression over other strategies in cancer patients, to examine whether these have a tendency to express negative emotions to a lesser extent than positive, evaluate the possible presence of anxiety, depression, identify characteristic personality factors and determine whether there is any level of correlation between the variables evaluated. To this was evaluated in a group of 30 cancer patients with different types of cancer pathology. The results show that patients use Cognitive Reappraisal over the suppression of emotional expression, besides expressing positive emotions to a greater extent than negative. On the other hand it is observed that the patients do not show significant levels of depressive and anxious symptoms. As for personality factors patients have higher scores for "agreeableness" factor. Finally Depression and Neuroticism correlated positively, negative expressivity did with Emotional Suppression, Depression and Neuroticism. The latter correlated with anxiety symptoms and depressive symptoms positively correlated with emotional suppression.

Índice

Resumen.....	4
Abstract	5
Índice.....	6
Introducción.....	8
Agradecimientos.....	9
Marco teórico.....	10
Capítulo I: “El cáncer y la Psico-oncología”	11
• Aportes de la Psico-oncología.....	12
• Psico-oncología: una necesidad.....	13
• Conceptualización y objetivos de la Psico-oncología.....	13
• Antecedentes.....	16
Capítulo II: “Estrategias de regulación emocional”	21
• Antecedentes de la relación Personalidad y Cáncer.....	22
• Las emociones.....	25
• Conceptualización de estrategias de regulación Emocional.....	27
• Foco de las estrategias.....	28
• Estrategias de regulación emocional en pacientes oncológicos.....	33
Capítulo III: “Ansiedad y Depresión en pacientes oncológicos”	39
• Psicopatología y Cáncer.....	40
• La Ansiedad y la Depresión.....	41
Capítulo IV: “Aspecto Metodológico”	46
• Preguntas de investigación.....	47
• Objetivos del trabajo.....	47
• Hipótesis planteadas.....	48
• Diseño.....	48
• Descripción de la muestra.....	48

• Instrumentos y Materiales de Evaluación.....	49
• Procedimiento.....	61
Resultados.....	63
Discusión y Conclusiones.....	70
Referencias Bibliográficas.....	82
Anexos.....	88

Introducción

El presente trabajo de investigación tiene como finalidad conocer las estrategias de regulación emocional en pacientes oncológicos, así como también los factores de personalidad e indagar acerca de la sintomatología ansiosa y depresiva. El estudio de estas variables es importante debido a las implicancias que podrían tener en el proceso de salud-enfermedad. Si bien existen investigaciones que abordan estos procesos psicológicos en los pacientes con cáncer, no existe unanimidad de criterios en cuanto a los constructos utilizados, como a la metodología y tipos de estudio, por tanto los resultados son muy diversos. Considero que este trabajo de investigación es relevante al conocimiento científico debido a que conociendo cómo funcionan estas variables es posible desarrollar actividades psicoeducativas y profilácticas a los fines de contribuir a la prevención de conductas que de alguna manera se relacionan con esta enfermedad y con el bienestar físico y psicológico, tales como el diseño de talleres, terapias y actividades psicoeducativas destinados a la población en general y en especial a la población en riesgo permitiría promover y desarrollar habilidades asertivas y conductas que contribuyan no solo a la prevención y al tratamiento para un mejor pronóstico, sino también para la promoción de la salud.

Agradecimientos

Quisiera agradecer profundamente a mis hijos y a mi madre que no solamente me acompañaron y apoyaron en el cumplimiento de este objetivo, sino que también tuvieron que sacrificar innumerables cosas importantes para lograrlo.

En segundo lugar a mi directora, la Doctora Mariana Torrecilla que desde el inicio del proyecto de tesina me acompañó, guió y dedicó parte de su tiempo para poder finalizar este trabajo, el cual representa el final de una importante etapa de mi vida.

También al Lic. Leandro Casari por su disponibilidad y aportes; al personal y autoridades de la Fundación Oncológica Mendoza que me permitieron realizar mi trabajo de campo allí.

Por último a todos mis compañeros, amigos y docentes que también me acompañaron. Muchas gracias!!!!

Marco Teórico

Capítulo I:
“El Cáncer y la Psico-oncología”

Aportes de la Psico-oncología

Ya en los inicios de la medicina, “Hipócrates”, considerado el padre de la medicina, hace referencia en sus tratados a la relación e influencia del cuerpo por sobre los aspectos anímicos, señalando además al medio ambiental y social como un factor en la etiología de la enfermedad. Galeno fue el primero que consideró la influencia de la personalidad en el cáncer, ya en aquel entonces señaló que las mujeres melancólicas eran más proclives que las sanguíneas a padecer de cáncer de mama. Con esto se puede dar cuenta que desde entonces la relación entre personalidad, estrés y cáncer es muy frecuente en la medicina (Arbizu, 2009).

El creciente interés tanto por los aspectos médicos, tanto como los psicológicas, ha impulsado la aparición de la psico-oncología, esta disciplina se encarga de estudiar las relaciones entre los procesos psicológicos y la patología neoplásica, como también la utilidad de las intervenciones psicológicas efectivas para el diagnóstico y tratamiento (Sebastián y Alonso, 2003 citado en Alonso Fernández y Bastos Flores, 2011).

Desde hace tiempo, más de dos décadas, la psico-oncología ha contribuido al estudio, a través de diversas investigaciones, de los factores psicológicos que están en relación de asociación con el cáncer, la respuesta al tratamiento y el bienestar psicológico de los sujetos que se encuentran afectados por esta enfermedad. Los descubrimientos más importantes giran en relación a las diferencias de personalidad que posiblemente haga a algunos sujetos más propensos a desarrollar este tipo de enfermedad o que interfiera en el curso o pronóstico de la misma (López, Ramírez, Esteve & Anarte, 2002 citados en Gaviria, Stefano, Vinaccia, Riveros y Quiceno, 2007); la personalidad tipo C que podría guardar alguna relación con la enfermedad de cáncer, este tipo de personalidad se caracteriza principalmente por la falta de expresión emocional (Vinaccia et.al., 2006); otra variable de personalidad estudiada, es la personalidad resistente, la cual tiene una característica que

sobresale, y esta es el fuerte sentimiento de control sobre la vida y el compromiso con ciertas metas y objetivos (Peñaloba & Moreno, 1998 citados en Gaviria et.al., 2007); también los altos niveles de depresión, indefensión y pesimismo han sido asociados a factores psicológicos que se encuentran en relación con el cáncer (Carver, Meyer & Anthony, 2000, citados en Gaviria et.al., 2007), la calidad de vida percibida también es otra variable que se ha relacionado con la adaptación a la enfermedad y la respuesta a los tratamientos de esta enfermedad (Moreno & Kern de Castro, 2005, citados en Gaviria et.al.,2007).

El hecho de enfrentarse a un diagnóstico de cáncer, es una de las situaciones más difíciles, temidas y estresantes en nuestra sociedad. Son pocas las enfermedades que dan origen a tantos problemas psicológicos. Particularmente en el cáncer aparecen una serie de circunstancias que son en sí mismas propulsoras de malestar psicológico, estas son su cronicidad, la sensación de incertidumbre ante su evolución, los efectos que traen aparejados los tratamientos y el mismo significado social de la palabra cáncer (Alonso Fernández y Bastos Flores, 2011).

Psico-oncología: Una necesidad

La clínica oncológica ha reconocido la necesidad explícita de que para poder brindar un nivel óptimo en la calidad de atención a los pacientes enfermos con cáncer, es necesario lograr una adecuada asistencia a nivel psicológico, en paralelo ha habido un marcado interés por parte de la psicología de la salud en la práctica profesional de la oncología, como así también en la investigación de los procedimientos para evaluar e intervenir en esta área y de los factores psicológicos que se ponen en juego (Cruzado, 2003).

Bayés (1990, citado en Cruzado, 2003,10) y Holland (1998, citado en Cruzado, 2003, 10) sostienen que “En las últimas décadas se ha producido un aumento creciente de la aplicación de la Psicología de la Salud al cáncer”

Ascencio-Huertas & García-Rodríguez (2011), señalan que: Las Unidades de Psico-oncología surgen de la necesidad de atender las demandas de atención psicológica solicitadas desde los equipos de oncología como un servicio asistencial más dentro del modelo integral de atención al paciente oncológico. (p.94).

La presencia de psicólogos clínicos en el contexto hospitalario, Belar y Dearthoff (1999, citados en Ascencio-Huertas, & García-Rodríguez, 2011,95), la necesidad de integración del binomio mente-cuerpo bajo el modelo biopsicosocial, Martínez-Taboas y Bernal (2005 citados en Ascencio-Huertas, & García-Rodríguez, 2011,95), el carácter universal de la Psicología de la salud, Remor , Arranz y Ula (2003, citados en Ascencio-Huertas, & García-Rodríguez, 2011,95), las consideraciones sobre las variables inherentes al factor de comorbilidad entre condiciones fisiológicas y psicológicas, Boll (2004 citado en Ascencio-Huertas, & García-Rodríguez, 2011,95) y la importancia de integrar experiencias más allá del adiestramiento en Psicología Clínica, ha provocado que la práctica de la psicología se especialice aún más y se creen áreas de la misma dentro de otras disciplinas, como la oncológica, Holland (1998, citado en Ascencio-Huertas, & García-Rodríguez, 2011,95).

Conceptualización u objetivos de la Psico-oncología

Existen numerosas definiciones de lo que es la Psico-oncología, Cruzado (2003) define la Psico-oncología como:

Un campo interdisciplinar de la psicología y las ciencias biomédicas dedicado a la prevención, diagnóstico, evaluación, tratamiento, rehabilitación, cuidados paliativos y

etiología del cáncer, así como a la mejora de las competencias comunicativas y de interacción de los sanitarios, además de la optimización de los recursos para promover servicios oncológicos eficaces y de calidad (p.11).

El mismo autor, Cruzado (2003,18), concluye que:

La Psico-oncología es una disciplina muy compleja, ya que ha de ejercerse de forma interdisciplinar y conjunta con el equipo sanitario. Requiere conocimientos teóricos y de práctica clínica, que integra aspectos psicológicos y médicos referentes a diferentes tipos de cáncer, fases de la enfermedad, distintos tipos de tratamientos, características diversas de los recursos asistenciales, así como variables personales de los pacientes y sus redes de apoyo social(p.18).

Según Holland (1998, citado en Cruzado, 2003,11):

La Psico-oncología es: una subespecialidad de la oncología que atiende las respuestas emocionales de los pacientes en todos los estadios de la enfermedad, de sus familiares y del personal sanitario que las atiende (enfoque psicosocial); y del estudio de los factores psicológicos, conductuales y sociales que morbilidad y mortalidad del cáncer (enfoque biopsicológico) (p.11).

Con respecto a la definición arriba mencionada , (Cruzado ,2003),la crítica y plantea que esa definición de la psico-oncología contiene algunos aspectos correctos, pero agrega que es inexacta y limitada en otros aspectos importantes, el autor plantea que afirmar que la disciplina es una subespecialidad de la oncología es incorrecto, debido a que es un campo interdisciplinario en donde actúan diversos actores, psicólogos, oncólogos y también profesionales de otras disciplinas científicas ; además sugiere que es incorrecto decir que el objeto de atención son las respuestas emocionales, ya que esto no incluye otros aspectos como los cognitivos y los comportamentales, y por último tampoco incluye a la prevención.

Greer (1994, citado en Cruzado, 2003,11) plantea a la Psico-oncología

como "la disciplina dedicada al estudio científico del paciente que desarrolla cáncer, cuyo objetivo central es precisamente el cuidado psicosocial del paciente oncológico". Esta conceptualización también es criticada por (Cruzado, 2003), ya que sugiere que no incluye aspectos importantes, lo cual la hace muy limitada.

Cruzado (2003) plantea que:

Los objetivos de la Psico-oncología van desde la intervención aplicada al paciente, las familias y el personal sanitario, a la prevención e investigación de la influencia de factores psicológicos relevantes en el proceso oncológico, e incluyen la optimización de la mejora del sistema de atención sanitaria. El psico-oncólogo es tanto un profesional aplicado como un investigador de base en un campo especializado, en continua evolución y desarrollo (p, 11).

Otros autores, de Jesús Almanza-Muñoz & Holland (2000) que han realizado investigaciones sobre este tema plantean que:

El objetivo central de la Psico-oncología es el cuidado psicosocial del paciente con cáncer de su familia y del equipo oncológico. Su campo de estudio incluye: cuidado clínico; prevención y consejo genético; respuesta normal y adaptación; comunicación de malas noticias; distrés psicosocial y manejo de trastornos psiquiátricos relacionados con la enfermedad. (p.196)

Antecedentes

Respecto a los antecedentes de la psico-oncología, Sutherland, Orbach, Dyk y Bard (1952, citados en citado en Ascencio-Huertas, & García-Rodríguez, 2011,95) sostienen que desde hace ya más de 50 años, nació la interacción entre la oncología y la psicología. Como uno de los primeros referentes hay que nombrar a la Unidad de Psiquiatría del Memorial Sloan-Kettering Cancer Center (MSKCC) de Nueva York, en 1950 dirigida en un principio por A.

Sutherland (Holland y Lewis, 2001, citados en Ascencio-Huertas, & García-Rodríguez, 2011), seguido por Mastrovito en la década de los setenta hasta el año 1977, cuando una psiquiatra llamada J.C Holland, considerada como una de las más grandes pioneras de la Psico-oncología, empezó a manejar el Servicio de Psiquiatría en el MSKCC (Dura & Ibañez, 2000 citados en Ascencio-Huertas & García-Rodríguez, 2011). Ascencio-Huertas & García-Rodríguez (2011) también sostiene que:

En los años ochenta, se puso atención a los aspectos sociales, lo que llamó la atención de los psicólogos, ya que en las investigaciones médicas se iban manifestando factores ambientales y comportamentales relacionadas directa e indirectamente con la etiogénesis del cáncer. El alcohol, el tabaco, la dieta, las prácticas sexuales, la radiación solar, entre otros, convierten al cáncer en una enfermedad de la civilización y la prototípica del siglo XXI. La psicología oncológica se volcó entonces en la determinación de los estilos de vida y conductas de salud que promovieron la adopción de comportamientos saludables que previenen el desarrollo del cáncer o que permitan la detección precoz (p.95).

La American Federation of Clinical Oncologic Societies (AFCOS), publicó en 1998, una declaración en donde se establece de manera consensuada, una necesidad de incluir a equipos multidisciplinarios para la atención a los pacientes afectados por cáncer, incluyendo cuidados paliativos y también servicios psicosociales (Holland , 1995 citado en Ascencio-Huertas, & García-Rodríguez, 2011). Desde ese entonces, la presencia de profesionales de la salud mental en el campo de la oncología, ha ido en aumento desde la década de los setenta en los Estados Unidos (Lobo Sauté y Campos Ródenas 1999 citados en Ascencio-Huertas, & García-Rodríguez, 2011), y en los últimos años se ha incrementado en otros lugares como en Europa y España (.Arranz y Bayés, 1997 citados en Ascencio-Huertas, & García-Rodríguez, 2011). Este nuevo paradigma para todos los sujetos que sufren de esta enfermedad, surge

por la extrema necesidad de contenerlos y de apoyarlos, más allá de lo puramente médico. (Ascencio-Huertas & García-Rodríguez 2011).

Holland define dos áreas básicas de interés de la Psico-oncología: la valoración de la respuesta emocional del paciente y sus familiares ante la enfermedad (área psicosocial) y el estudio de los factores psicológicos, conductuales y sociales que pueden influir en la morbilidad del cáncer (área psico-biológica), Dura, Ibáñez (2000, citados en Ascencio-Huertas, & García-Rodríguez, 2011,95). Antes de que existieran los psicólogos oncológicos, preparados para intervenir en esta área específica, quienes se hacían cargo de esta tarea y de las necesidades de los pacientes, eran los mismos médicos, los enfermeros y personas no facultadas o voluntarias, de hecho aún lo realizan en la medida de sus posibilidades (Ascencio-Huertas, & García-Rodríguez, 2011)

Las dos grandes dimensiones en las que debe intervenir la psico-oncología son descritas por Holland de la siguiente manera: (Holland, 1998 citado en Ascencio-Huertas & García-Rodríguez, 2011).

- La dimensión psicosocial que atender la respuesta emocional de todas las personas directa o indirectamente afectadas, es decir las respuestas de pacientes, familiares y de todas las personas encargadas del cuidado del paciente en todo el proceso de la enfermedad.

- Y la dimensión psicobiológica, que se encarga de detectar e intervenir sobre aquellos factores psicológicos, de comportamiento, y aspectos sociales que puedan influir en la mortalidad (supervivencia) y morbilidad (calidad de vida) de los pacientes afectados por cáncer.

El modelo de Sanz y Modolell considera que en la actualidad existen dos maneras de relación entre la psicología y la oncología (Hollenstein, Méndez, Gil-Moncayo, 2003 citados en Ascencio-Huertas, & García-Rodríguez, 2011).

: • El Modelo de Interconsulta (MIC), que se basa fundamentalmente en la creación de una unidad autónoma e independiente de Psico-oncología, separada de los servicios de oncología y de psiquiatría, este modelo es el que mayormente predomina en las unidades de Psico-oncología (Kramer y Muir 1999, citados en Ascencio-Huertas, & García-Rodríguez, 2011).

• Modelo fundacional (MFU), en donde el profesional especializado en psico-oncología está incluido dentro de las unidades de oncología de manera integrada (Cruzado, 2003 citado en Ascencio-Huertas, & García-Rodríguez, 2011). También es fundamental destacar que en este modelo la atención psicológica va orientada no solo a los pacientes sino también a familiares y personal sanitario. (Ascencio-Huertas & García-Rodríguez, 2011), persiguiendo integrar un equipo interdisciplinario para atender a los pacientes oncológicos (Cruzado, 2003 citado en Ascencio-Huertas & García-Rodríguez, 2011)

Para la atención clínica y del programa de enseñanza en Psico-oncología en el Hospital Juárez de México, se considera el MFU, principalmente porque integra al psicólogo en el servicio de oncología y esto fortalece una convivencia diaria y espontánea tanto con los pacientes y su familia como con el equipo de salud que conforman este servicio. Así las necesidades tanto psicológicas como emocionales de los pacientes y de sus familias están ligadas a las fases de enfermedad oncológica y son atendidas de manera inmediata o por interconsulta del propio equipo del servicio de oncología, ya que el psicólogo participa e interviene desde el primer contacto en todas las fases y actividades del servicio de oncología. De esta manera, en el Servicio de Oncología del Hospital Juárez de México, el paciente con cáncer cuenta con la posibilidad de apoyo psicológico desde que llega, pasando por todos los momentos de la enfermedad oncológica, hasta que fallece. De esta manera, el paciente con cáncer cuenta con la posibilidad de apoyo psicológico desde que llega, pasando por todos los momentos de la enfermedad oncológica, hasta que fallece (Ascencio-Huertas & García-Rodríguez 2011).

De acuerdo con Cruzado, las principales funciones del psicólogo dentro de un servicio de oncología son: la prevención, evaluación clínica, tratamiento psicológico, atención del personal sanitario e investigación, Sourkes, Massie , Holland (1998, citados en Ascencio-Huertas, & García-Rodríguez, 2011,96).

El trabajo psicológico se realiza de forma preventiva y/o a demanda, al alcance de todos y en todo momento, por esta razón el MFU es más adecuado para llevar a cabo y cumplir con dichas funciones (Ascencio-Huertas & García-Rodríguez, 2011).

Ascencio-Huertas & García-Rodríguez (2011) plantean lo siguiente, respecto al MFU:

En el MFU el paciente no es un ser compuesto con piezas distintas llamadas corazón, pulmón, cerebro, emociones, miedos y tumor. El paciente es una persona en su totalidad, no se puede diferenciar el componente físico, psicológico, social y espiritual. El equipo médico funciona como un engranaje perfecto en el que el paciente ve atendidas todas sus necesidades por un equipo de profesionales coordinados de distintos campos que le sirve de referencia y que es de su total confianza, razón por la cual, el Servicio de Oncología del Hospital Juárez de México cuenta con su propia unidad de Psico-oncología desde 2006 y forma parte de ese equipo multi e interdisciplinar que se requiere para la atención integral del paciente oncológico (p.96).

Capitulo II:

“Estrategias de regulación emocional en pacientes oncológicos”

Antecedentes de la relación personalidad y cáncer

La investigación acerca de la temática de la expresión de las emociones y el bienestar psicológico es un tema actual de interés para el estudio de los procesos que están vinculados a los procesos en la salud y en la enfermedad (Cardenal-Hernández, 2001; Gross & John, 2003; John & Gross, 2004; Lieberman & Goldstein, 2006; Sirgo, Díaz-Ovejero, Cano-Vindel & Pérez Manga, 2001 citados en Porro, Andrés y Rodríguez-Espínola, 2012).

Dentro de la literatura científica, al buscar características de personalidad que se relacionen con el cáncer, mayormente se observa que la personalidad tipo C ha sido la más estudiada y la que posee mayor apoyo empírico, luego con el paso del tiempo y en la actualidad las investigaciones se han centrado cada vez más en un aspecto principal de la personalidad, siendo este el manejo de las emociones o las estrategias que los individuos utilizan para regularlas.

En los últimos años se han generado gran cantidad de investigaciones respecto a ciertas características de personalidad que podrían ser mediadoras en el desarrollo y progresión de patologías, centrándose en como los estilos conductuales impactan sobre la salud y la enfermedad (Anarte, López, Ramírez Maestre, & Zarazaga 2000).

Al ser un tema que no ha sido muy estudiado en nuestro país se hace necesario revisar en profundidad sus antecedentes. Es importante tener en cuenta que, Andreu, (1998), respecto al tópico señala que:

Una primera consideración se refiere al hecho de que la propuesta de una personalidad propensa al cáncer no conlleva en ninguna medida el supuesto de que los factores psicológicos sean considerados como el principal factor de riesgo, esto es, como causantes del cáncer. El supuesto de base es simplemente que el patrón comportamental por tanto ser contemplado junto a otros factores de riesgo. (p.571)

En los últimos treinta años, los factores psicosociales o psicológicos relacionados con el cáncer han constituido uno de los principales temas de las investigaciones científicas (Fernández-Ballesteros y Ruiz, 1997).

La relación entre el cáncer y la personalidad tipo C es un tema con características relevantes, que cuenta con gran cantidad de investigaciones e interés por parte de los estudiosos de la personalidad, las aproximaciones a la temática han propuesto una relación causal, mediadora o inexistente entre ambas variables, sustentada en la definición de personalidad tipo c como patrón, estilo de afrontamiento general o específico. (.Serna, Jaramillo & Lince, 2013). Anarte et.al. (2000) sostienen en su trabajo que: “En concreto, el Patrón de Conducta Tipo C (PCTC) ha acaparado las páginas de diversas revistas nacionales e internacionales, afirmándose que dicho patrón está estrechamente relacionado con el cáncer” (p.133).

Amaya y Parra sostienen que: (2010) “Se ha hallado evidencia que apoya la hipótesis de que las personas que sufren estos tipos de cáncer [las autoras hablan de cáncer hormonodependientes] presentan características conductuales específicas (...) en el manejo de sus emociones.”(p.71).

El patrón de conducta tipo C y su característica de represión o control, de las emociones es lo que más se destaca en numerosas investigaciones respecto a la temática (Anarte et.al., 2000). Se ha encontrado que el término Patrón de Conducta tipo C fue acuñado por primera vez por Morris y Greer, para referirse a un estilo de comportamiento que se caracteriza por una supresión de emociones ante situaciones estresantes, definiéndolo como un estilo de comportamiento proclive a desarrollar cáncer (Morris y Greer, 1980 citado en Anarte 2000), “...se trataría de sujetos que muestran una inadecuada expresión emocional especialmente ante situaciones estresantes” sostuvo Andrew (1998,570). Greer y Watson (1985 citados en Anarte et.al., 2000,134) señalan que: ...” la supresión de las emociones, especialmente cuando existe

enfado, se constituye en un aspecto central de este patrón de conducta” (p.774).Eysenck (1994 citado en Anarte et.al.,2000, 134) “resume las características del comportamiento de los sujetos que presentan un estilo comportamental Tipo C como sumamente cooperativos, pasivos, evitadores de conflictos, supresores de emociones como ira o ansiedad, que usan la represión como mecanismo de afrontamiento, rígidos y con mayor predisposición a experimentar desesperanza y depresión”.

Cabe destacar que se encuentran posturas diversas respecto a la relación entre el cáncer y el patrón de conducta tipo C, entre ellas las siguientes:

- a) Eysenck (1988, 1990, 1991, 1994a, citado en Vinaccia, Arango, Cano, Tobón y Lopez, 2006,576) “sostiene que se trata de un rasgo de personalidad premórbida que se asocia a un mayor riesgo de desarrollar una neoplasia maligna”
- b) Fernández Ballesteros, Ruiz & Garde, (1998, citados en Vinaccia et. al., 2006, 576) y Temoshok, (1987, citados en Vinaccia et. al., 2006,576) “plantean que la personalidad tipo C, como que es un estilo y un modo de afrontamiento asociado a una mayor probabilidad de padecer cáncer”.
- c) (Andreu & Ibáñez, 1993; Bleiker, Van der Ploeg, Hendriks, Leer & Klejin, 1993, citados en Vinaccia et al 2006), proponen que no es un estilo de personalidad, sino que sería una manera o estilo de afrontar el diagnóstico y la terapéutica del cáncer.

Spielberger (1998a citado en Anarte, 2001,637) “atribuye al tipo C la medida de mecanismos de defensa de represión y negación”. Watson y Greer (1983 citado en Anarte, 2001,637) “ponen énfasis en el control emocional, entendiendo éste como la supresión de emociones (enfado, preocupación y

tristeza) y desarrollan la *Escala Courtauld de Control Emocional* como una medida del grado en que los individuos controlan el enfado, la preocupación y la tristeza”. Bleiker et al. (1993 citado en Anarte, 2001,637) “completan esta escala construyendo la *Escala de Expresión y Control Emocional* en la que además del control (del enfado, la preocupación y la tristeza) tienen en cuenta la expresión y represión (del enfado, la preocupación y la tristeza)”. “Esto es, mientras que Watson y Greer (1983, citado en Anarte, 2001, 637) se centran en el control que realizan los sujetos sobre sus emociones (enfado, preocupación y tristeza), Bleiker et al. (1993, citado en Anarte, 2001, 637) destacan el tipo de acción que el individuo realiza en tanto que agente de la expresión de sus emociones (expresión, represión y control emocional)”. Es por esto que, el interés de múltiples autores ha sido de tratar de encontrar cuál es el núcleo del «Tipo C». De todos los trabajos se podría desprender o inferir que lo que pudiera ser tenido en cuenta como el núcleo del «Tipo C» de personalidad podría ser, básicamente, la inhibición, represión o supresión de las emociones negativas (o anti-emocionalidad) junto con la necesidad de mantener relaciones interpersonales armoniosas (Anarte et.al.,2001).

Las emociones

Las emociones se pueden caracterizar en dos grandes grupos, las positivas y las negativas. La ira, la tristeza-depresión el asco son emociones básicas, las cuales hacen que el sujeto experimente una experiencia afectiva desagradable y además una alta activación fisiológica. Estas emociones, menos el asco, son tipos de emociones muy estudiadas debido a su relación con la salud y la enfermedad. La función de estas reacciones es preparar a los sujetos para responder de manera adecuada a las demandas ambientales, por esto se consideran esencialmente adaptativas y funcionales, sin embargo hay ocasiones en que alguna de ellas puede pasar de ser adaptativo a ser un

proceso patológico. Esto es debido a un desajuste en su intensidad, frecuencia, contexto, etc., cuando este está de desajuste permanece por un tiempo, puede traer aparejado un problema en la salud mental o física (Trastorno de ansiedad, trastorno depresivo mayor, problemas cardiovasculares, inmunológicos, reumatológicos, etc.) (Piqueras, Ramos, Martínez & Oblitas, 2009).

Cano describe las emociones como reacciones naturales importantes, el autor las plantea como situaciones que ponen en peligro la supervivencia o la integridad del sujeto que la experimenta, situaciones que son amenazantes por el solo hecho de que se tenga la posibilidad de obtener un resultado negativo, o en las que lo que amenaza es el temor a perder algo que es importante para el sujeto, logros, satisfacciones, es decir algo que pueda dañar. Sostiene que las emociones se experimentan, o se sienten como algo que conmueve fuertemente el estado de ánimo y que tienen la característica de ser muy agradables, es decir emociones positivas o muy desagradable, es decir emociones negativas. Aparte del aspecto subjetivo de la emoción, el cual se relaciona con cómo se experimenta, está compuesta por otra faceta, la cual se relaciona con su expresión externa, estas pueden identificarse a través del lenguaje no verbal como la postura, gestos, expresiones faciales o el tono de voz característicos de las emociones más básicas tales como el miedo, la ira, la alegría, etc. Estas reacciones emocionales son naturales a todo ser humano e indispensables para el proceso de comunicación. Por otro lado también generan cambios importantes en las respuestas específicas de los diferentes sistemas, tales como el sistema nervioso autónomo, el sistema nervioso motor, el sistema inmune, etc. (Cano, 2005).

Conceptualización de estrategias de regulación emocional

“La regulación emocional puede definirse como toda estrategia dirigida a mantener, aumentar o suprimir un estado afectivo en curso.” Silva (2005,202). Thompson define la regulación emocional como el "proceso de iniciar, mantener, modular o cambiar la ocurrencia, intensidad o duración de los estados afectivos internos y los procesos fisiológicos, a menudo con el objetivo de alcanzar una meta" Thompson (1994, 106), es decir que abarca aquellos “procesos externos e internos responsables de monitorizar, evaluar y modificar nuestras reacciones emocionales para cumplir nuestras metas” Thompson (1994, p. 27-28). Garrido-Rojas y Luzmenia. (2006) al respecto, plantean “la regulación emocional como un proceso que ayuda al ser humano a manejar sus estados emocionales, para lo que puede utilizar distintos tipos de estrategias que conducen a ese objetivo” (p.499).

En esta misma línea teórica, la regulación de las emociones es conceptualizada como la activación y utilización de ciertas estrategias que los sujetos van a poner en acción para poder modificar el curso, la intensidad, la calidad, la duración y la expresión de sus experiencias emocionales para poder cumplir con sus objetivos. (Cole, Martin, & Dennis, 2004; Garber & Dodge, 1991; Gross, 1998b; John & Gross, 2007; Thompson, 1994 citados en Porro-Conforti & Andrés, 2011).

Lozano, Salinas y Carnicero (2004), en su estudio afirman que “Las diferentes aproximaciones teóricas al estudio de la autorregulación la definen como la capacidad de los individuos para modificar su conducta en virtud de las demandas de situaciones específicas.”(p.69)

La gran mayoría de los autores en la literatura científica sostienen y acuerdan que las estrategias de regulación emocional son mecanismos que el

sujeto implementa para manipular, controlar o manejar sus estados emocionales.

En el modelo de proceso de la emoción, el cual es tomado como central en este trabajo de investigación, Gross plantea que en un primer momento la emoción comienza con unas evaluaciones de las señales del contexto, tanto internas como externas. Una vez que estas señales son evaluadas y atendidas, generarán un conjunto de respuestas emocionales coordinadas, las cuales se van a manifestar a nivel subjetivo, sino también a nivel comportamental y fisiológico. Luego de que esto suceda se van a poner en marcha distintos tipos de estrategias individuales para manejar esas respuestas (Gross 1998a citado en Porro-Conforti & Andrés, 2011).

. Este modelo, uno de los más actuales, sostiene que las estrategias de regulación emocional se pueden diferenciar según el momento en el que tienen su primer impacto en el proceso de respuesta de la emoción del sujeto (Gross y Thompson, 2007 citados en Porro, Andrés y Rodríguez-Espínola, 2012). Las estrategias se diferencian en función de donde se encuentre el foco, las que se focalizan en el antecedente y las que se focalizan en la respuesta (Porro-Conforti & Andrés, 2011).

Foco de las estrategias

“Las estrategias focalizadas en el antecedente se refieren a las estrategias que se realizan antes de que las tendencias de respuesta emocional estén completamente generadas y modifican la tendencia de respuesta subjetiva, comportamental y fisiológica. Las estrategias focalizadas en la respuesta se refieren a las estrategias que se implementan una vez que las tendencias de respuesta ya han sido generadas” Gross (2001 citado en Porro-Conforti y Andrés, 2011,11). “En concreto, plantean dos tipos: el enfoque previo a la emoción (proceso cognitivo donde se daría una reevaluación o

nueva interpretación de la situación) y el enfoque dirigido a la respuesta emocional (proceso de manejo de las emociones ya existentes)” Gross, (1998, citado en Cabello -González, Fernández-Berrocal, Ruiz-Aranda y Extremera, 2006,157).

“Según este modelo, la emoción puede ser regulada en cinco puntos clave en el proceso generativo de la emoción. En primer lugar, la selección de la situación permite acercarse o evitar ciertos estímulos como personas, lugares o actividades, con el fin de alterar las emociones. En segundo lugar, la modificación de la situación puede operar para adaptar la situación al objetivo de modificar su impacto emocional, creando situaciones diferentes. Luego, el proceso de despliegue atencional puede ser utilizado para elegir en cuál de los múltiples aspectos de una situación se centrará la atención del individuo. Una vez centrado en un aspecto particular, el cambio cognitivo posibilita la resignificación de algunos de los significados posibles. Por último, la modulación de la respuesta se refiere a diversos tipos de intentos para influir en las tendencias de respuesta emocional una vez que la emoción ya se ha suscitado” Gross (2001, 2002 citado en Porro, Andrés y Rodríguez-Espínola, 2012,342)

“Aunque se reconoce la existencia de variadas formas de estrategias de regulación, dos han sido estudiadas más ampliamente: la reevaluación (asignar un significado "no emocional" a un evento) y la supresión (controlar la respuesta somática de una emoción)” Gross (1998, citado en Silva,2005, 202).

“La reevaluación cognitiva (RC) es una estrategia focalizada en el antecedente que hace referencia a la construcción de significados positivos alternativos a un evento con el objeto de disminuir el impacto emocional negativo. Se ha asociado su uso frecuente con el bienestar psicológico” John & Gross (2004 citados en Andrés y Porro-Conforti, 2013,2). Por otra parte, la supresión de la expresión emocional (SEE) es una estrategia que está focalizada en la respuesta y está destinada a inhibir la expresión

comportamental de la experiencia emocional (Gross & John, 2003 y Silva, 2005 citados en Andrés y Porro-Conforti, 2013).

La supresión de la expresión emocional se refiere a una manera particular de modular la respuesta, básicamente a inhibición del curso expresivo comportamental de la experiencia emocional (John & Gross, 2004; Silva, 2005 citados en en Porro, Andrés y Rodríguez-Espínola, 2012). Es decir que el sujeto va a inhibir o suprimir la expresión comportamental de sus propias emociones.

Porro-Conforti y Andrés (2011) plantean que:

Esta estrategia modifica el componente comportamental de la respuesta emocional sin reducir la experiencia subjetiva de emoción negativa; se trata de una estrategia de regulación que adviene relativamente tarde en el proceso de generación de la emoción, por lo que requiere que el individuo esté continuamente y de manera esforzada manejando la respuesta expresiva emocional.(p.11)

Estos esfuerzos que el sujeto realiza de manera repetida consumen recursos cognitivos que de otro modo podrían utilizarse para un mejor rendimiento en los contextos sociales en los que las emociones surgen (Gross & John, 2002, 2003; John y Gross, 2007; Jackson et al. 2003; Ochsner, 2002 citados en Porro-Conforti y Andrés, 2011).

La utilización de las estrategias de regulación emocional da por resultado un componente esencial en el bienestar psicológico de los individuos, teniendo en cuenta que los sujetos están expuestos en la cotidianidad a estados de tensión de distintas magnitudes (John & Gross, 2004 citado en Porro-Conforti, 2011).

El uso crónico de la supresión emocional está asociado en su mayor medida con consecuencias contraproducentes para el bienestar psicológico ya que requiere del individuo manejar las respuestas con elevado esfuerzo y tiende a provocar mayor consumo de recursos cognitivos (Gross & John, 2003 citado en Porro-Conforti, 2011). Básicamente cuando este tipo de modulación es la que predomina, le requiere de tantos recursos cognitivos que deja otras áreas con pocos recursos para otros aspectos de su vida.

Silva (2005, 207) sostiene que: “Los estudios de laboratorio han mostrado que la reevaluación es una forma de regulación más efectiva que el resto de las estudiadas y que tiene menos consecuencias adversas para las personas que las emplean”.

Como ya se ha mencionado el uso de cada estrategia implica diferentes y opuestas consecuencias en diversos aspectos del sujeto. El uso crónico de la supresión emocional está vinculado con mayores problemas la posibilidad de desarrollar relaciones interpersonales cercanas (Gross & John, 2003; John & Gross, 2004 citados en Porro-Conforti y Andrés, 2011) niveles bajos de autoestima (Caprara & Steca, 2005, citados en Porro-Conforti y Andrés, 2011), experimentan mayor cantidad de emociones negativas, perciben menor apoyo social y mayor predisposición a presentar síntomas de depresión y de ansiedad (John & Gross, 2004; Durbin & Shafir, 2007; Gross & John, 2003; Kashdan & Steger, 2006; Dennis, 2007; Garnefsi, Rieffe, Jellesma, Terwogt, & Kraaij, 2007 citados en Porro-Conforti y Andrés, 2011).

Como contraparte, la expresividad emocional hace referencia a los cambios comportamentales que suelen acompañar a las emociones, estos incluyen el rostro, la voz, los gestos, la postura y el movimiento del cuerpo (Gross & John, 1995, 1997 citado en Porro, Andrés y Rodríguez- Espínola, 2012). “A su vez, se ha hecho hincapié en el carácter multifacético de la

expresividad emocional, reflejado en tres dimensiones: la expresividad positiva (EP), la expresividad negativa (EN) y la fuerza del impulso emocional” Gross & John(1998, citados en Porro, Andrés y Rodríguez-Espínola, 2012, 343). “Dos de estas facetas representan el nivel típico de modulación del comportamiento expresivo: por un lado, la expresividad negativa (EN), que se refiere al grado en que la tendencia de respuesta emocional negativa es expresada comportamentalmente, y por otro, la expresividad positiva (EP), que se refiere al grado en que la tendencia de respuesta emocional positiva es expresada comportamentalmente” Gross & John (1997 citados en Porro, Andrés y Rodríguez-Espínola, 2012,343).

“Los datos indican que la reevaluación cognitiva disminuye significativamente la experiencia subjetiva de desagrado frente a estímulos aversivos visuales, mientras que la supresión falla en lograrlo. Así mismo, la supresión emocional disminuye considerablemente la expresividad afectiva, en todo su rango (positivo y negativo), generando una disminución de la comunicación de los estados internos del individuo. Desde el punto de vista fisiológico, los sujetos que utilizan la supresión muestran una actividad del sistema simpático intensificada, tanto en índices cardíacos como en medidas de conductancia de la piel. Al contrario, las personas que reevalúan muestran una actividad fisiológica bastante más reducida en los mismos índices cardíacos y de conductancia. Por otro lado, la supresión involucra un alto esfuerzo cognitivo durante el proceso emocional, producto principalmente del automonitoreo y de la autocorrección. Este esfuerzo reduciría los recursos cognitivos disponibles del sujeto dificultando la retención de sucesos. La reevaluación, como estrategia de aparición temprana, no incluiría un esfuerzo de autorregulación y, por lo tanto, recursos cognitivos como la memoria estarían disponibles. De hecho, las personas que utilizan frecuentemente la reevaluación tienen un mejor desempeño en pruebas objetivas de memoria.

Finalmente, desde el punto de vista interpersonal, las personas que suprimen sus afectos, al disminuir notoriamente su expresividad emocional, generan afectos negativos en los otros y resultan menos “alentadores” en situación de adversidad” Gross (1993 y 1998 citado en Silva, 2005,202).

Estrategias de regulación emocional en pacientes oncológicos

La relación entre inhibir la expresión emocional y el inicio y progresión del cáncer ha sido un tópico de investigación desde hace tiempo en las investigaciones (Bageley, 1979; Giese-Davis & Spiegel, 2003 citados en Porro-Conforti y Andrés, 2011).

“Los hallazgos de investigaciones sobre el uso de estrategias de regulación emocional en pacientes oncológicos indican que la expresión emocional juega un rol predominante en la salud física y mental de estos Pacientes” Nyklícek, Vingerhoets, & Denollet(2002, citados en Porro-Conforti y Andrés,2011,12)

Son varios los autores que han relacionado la supresión e inhibición de la expresión emocional con mayor riesgo en el inicio y la progresión de una enfermedad existente maligna (Garssen & Goodkin, 1999; McKenna, Zevon, Corn & Rounds, 1999; Vinaccia, Arango, Cano, Tobón, Moreno & López, 2006 citados en Porro, Andrés y Rodríguez-Espínola, 2012).

(Porro-Conforti y Andrés ,2011) llevaron a cabo un estudio en donde el objetivo del mismo fue describir la frecuencia de uso de la supresión de la expresión emocional y del tipo de expresión emocional en un grupo de pacientes que habían sido diagnosticados con diversos tipos de cáncer. Para realizarlo se evaluó a 38 pacientes oncológico en la frecuencia de uso de la supresión de la expresión emocional y el tipo de expresividad emocional

mayormente utilizada, la muestra estuvo compuesta por adultos de ambos sexos. Los resultados mostraron alta y mediana frecuencia de uso de ciertas estrategias de supresión de la expresión emocional y además predominó una supresión de la expresión de emociones negativas en mayor medida que la supresión de la expresión de las emociones positivas. Al analizar los ítems de las variables estudiadas, las investigadoras pudieron observar que la mayoría de los sujetos expresaba las emociones negativas solo a veces o con relativa frecuencia, y siempre o casi siempre, los sujetos del grupo estudiado, tendían a aparentar estar calmos aunque estuviesen alterados, prefiriendo no demostrar la rabia que sentían. Otro dato significativo fue que se encontró que en la lectura de las medias, se mostró que la media para la expresividad negativa fue menor que la media para la expresividad positiva.

Temoshok llevó a cabo un estudio longitudinal con una muestra de 59 pacientes con cáncer de piel, tal estudio sorprendió debido a que demostró una correlación positiva entre la presencia de características típicas de la personalidad tipo C y el tamaño del tumor. Lo que caracteriza a este estilo de personalidad es básicamente un estilo de cooperación, poca asertividad y el hecho que frecuentemente suprimen la expresión de las emociones negativas, además demostró que los pacientes con características de personalidad histriónica, quienes se caracterizan por expresar sus emociones, obtuvieron correlaciones negativas con el tamaño del tumor maligno (Temoshok, 1985 citado en Porro, Andrés y Rodríguez-Espínola, 2012),

En otro estudio realizado por (Andrés y Porro-Conforti ,2013), donde el objetivo fue comparar la frecuencia de uso de la reevaluación cognitiva y de la supresión de la expresión emocional en un grupo de pacientes oncológicos y en un grupo control, los resultados demostraron que los grupos se diferenciaron significativamente en su frecuencia de uso de la supresión de la expresión emocional, en el sentido de que los pacientes oncológicos utilizaron

más esta estrategia que el grupo control. No se encontraron diferencias significativas en cuanto a la estrategia reevaluación cognitiva.

(Derogaris, Abeloff y Melisaratos ,1979) realizaron un estudio con un grupo de treinta y cinco mujeres que padecían de cáncer de mama. En este estudio las mujeres fueron evaluadas con una batería de tests, los resultados de estos se correlacionaron con el tiempo de supervivencia. Se concluyó que las pacientes que murieron en menos de un año revelaron niveles significativamente más bajos de hostilidad y mayores niveles de estado de ánimo positivo, y las que vivieron por un año o más fueron más sintomáticas en general, niveles considerablemente más altos de ánimo disfórico (depresión y culpa), con elevaciones en las medidas de ansiedad y alienación.

Greer y Morris (1975 citado en Porro, Andrés y Rodríguez- Espínola, 2012, 343) “realizaron un estudio cuasipropectivo de series consecutivas en 160 mujeres admitidas para realizar una biopsia de tumor mamario. A tal efecto utilizaron entrevistas estructuradas administradas el día anterior a la operación, cuando el diagnóstico de cáncer aún no estaba confirmado. Luego de la intervención, 66 de estas mujeres resultaron padecer cáncer de mama y 91 presentaron tumores benignos. Los resultados mostraron que la supresión extrema del enojo y otros sentimientos se encontraron significativamente más en el grupo de pacientes con cáncer que en el grupo de pacientes con tumores benignos tomados como controles.”

Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quiceno (2007 citados en Porro, Andrés y Rodríguez-Espínola, 2012, 343) “realizaron un estudio en un grupo de 28 pacientes de ambos géneros con varios tipos diferentes de diagnóstico de cáncer, para explorar la utilización de estrategias de afrontamiento. Los

resultados mostraron que la expresión emocional abierta resultó la estrategia de afrontamiento menos utilizada por este grupo.”

En otra investigación realizada por, (Porro, Andrés y Rodríguez-Espínola 2012), “en donde el objetivo del trabajo fue describir la frecuencia de uso de la supresión emocional y de la expresividad emocional en un grupo de pacientes diagnosticados con cáncer y en un grupo control. Los resultados arrojaron que los grupos se diferenciaron significativamente en su frecuencia de uso de la supresión de la expresión emocional, en el sentido de que los pacientes oncológicos utilizaron más esta estrategia de regulación emocional que el grupo control. A su vez, se encontraron diferencias significativas en cuanto a la expresividad negativa, siendo que el grupo de pacientes oncológicos expresó menos sus emociones negativas que el grupo control; por último, no se hallaron diferencias significativas en cuanto a la expresividad positiva entre ambos grupos”.

Teniendo en cuenta otro modelo, el de las estrategias de afrontamiento, (Gaviria, Vinaccia, Riveros y Quinceno, 2007) en su estudio, que tuvo por objetivo evaluar la calidad de vida relacionada con la salud, el afrontamiento del estrés y las emociones negativas en 28 pacientes de ambos géneros con diagnóstico de diferentes tipos de cáncer en tratamiento quimioterapéutico, encontraron que en relación a las estrategias de afrontamiento, los pacientes de cáncer se caracterizaron por frecuentes manifestaciones de evitación a nivel conductual y emocional expresando poco sus sentimientos, y a nivel cognitivo posiblemente hubo alta supresión de pensamientos negativos haciendo sustitución por frecuentes pensamientos positivos que les beneficiaron tolerar mejor la enfermedad. Este estudio parte de la idea de que el patrón de comportamiento tipo C, podría ser considerado como una manera de afrontar la enfermedad, siendo caracterizado por el nivel de dominio y control de las emociones que son socialmente negativas, el disimulo y la no

expresión de esa clase de emociones, también por la capacidad de comprender a los demás, aunque este esté en contra de sus propios intereses.

Otros estudios han evidenciado que una de las estrategias más utilizadas por los pacientes con cáncer es la reevaluación cognitiva positiva (Carver et al., 1993; Miller, Manne, Taylor, Keates, & Dougherty, 1996; Stanton, Danoff-Burg & Huggins, 2002 y Thomas & Marks, 1995 citados en Porro, 2013). Pero también otros autores hablan de los momentos en que esta se utiliza, (del Valle, González-Tablas, Díez, Vilda y Llorca, 2003, citados en Porro 2013) sostienen que la reevaluación cognitiva positiva tiene una mayor frecuencia de uso cuando se inicia el tratamiento y a los tres y seis meses posteriores al mismo, y que el uso de esta estrategia es menos frecuente durante el tratamiento posterior.

Si bien la mayoría de los estudios indican asociaciones entre la supresión de las emociones y el cáncer, otra proporción menor pone en evidencia resultados contrarios (Porro et.al, 2013).

Otros autores que estudiaron con dos grupos, el control y el experimental, demostró que el grupo de pacientes con cáncer puntuó más elevado que el grupo control en las escalas que medían la presencia de eventos vitales negativos y menores puntuaciones en las escalas que medían la supresión de la expresión emocional (Taylor, Abrams y Hewstone, 1988 citados en Porro 2013). En otro estudio (Sebastián, León y Hospital 2009 citados en Porro, 2013) se encontró que la inhibición emocional no fue utilizada en mayor medida por las pacientes con cáncer de mama en comparación con el resto.

Capítulo III:
**“Ansiedad y depresión en
pacientes oncológicos”**

Psicopatología y Cáncer

Son varias las investigaciones que demuestran que aproximadamente la mitad de los sujetos con diagnóstico de cáncer presentan problemas psicológicos importantes (Rico, Restrepo, y Molina 2005). El solo hecho del diagnóstico de una enfermedad como el cáncer y la evolución del mismo, produce de manera frecuente distress o un malestar emocional importante, y es común que afecte al paciente en su totalidad tanto en los aspectos físicos, como sociales y psicológicos (Mate, Hollenstein, y Gil, 2004). Se habla de que “El diagnóstico de cáncer puede ser considerado como un estresor potente que puede provocar reacciones emocionales (especialmente ansiedad y depresión) e incluso trastornos emocionales (de ansiedad y del estado de ánimo).” Cano (2005,71). Este último autor plantea también que “el diagnóstico de cáncer puede ser considerado en general como un evento vital estresante que afectará no sólo al individuo que lo recibe, sino también a su entorno familiar y social más directo”.

El cáncer, así como todo suceso vital estresante, no tiene el mismo impacto en todos los sujetos, aunque lo más típico es que, si se valora o interpreta como una amenaza, (Orbel, Hagger, Brown , Tidy 2004, citados en Cano, 2005), es que se genere una reacción emocional de ansiedad, que será más intensa cuando el sujeto perciba que los recursos con los que cuenta para afrontar este evento no son suficientes para manejar las consecuencias negativas previstas y posibles (Cano-Vindel, y Tobal, 1999 y Lazarus y Folkman, 1986 citados en Cano, 2005). La interpretación del evento como una pérdida importante ya sea de salud, de bienestar psicológico o de esperanza de vida, llevará a una tristeza que podría desembocar en un trastorno del estado de ánimo como la depresión (Cano, 2005). Rico, Restrepo, y Molina (2005) plantean que: “el reconocimiento de los niveles patológicos de depresión y ansiedad es un aspecto crítico de la atención integral al paciente oncológico para establecer la intervención preventiva más adecuada”. (p.74).

En el ámbito de la salud, se han venido observando que entre la enfermedad médica y la morbilidad psicológica, existen conexiones. La propia condición psicológica y biológica de algunas enfermedades, pareciera que favorece a la aparición de patologías psicológicas que muy frecuentemente se confunden con los síntomas de la enfermedad misma o con los efectos del tratamiento (Valencia Lara, 2006).

Ansiedad y Depresión

“La ansiedad es una reacción emocional que surge ante las situaciones de alarma, o situaciones ambiguas, o de resultado incierto, y nos prepara para actuar ante ellas. Esta reacción la vivimos generalmente como una experiencia desagradable con la que nos ponemos en alerta ante la posibilidad de obtener un resultado negativo para nuestros intereses”. Cano (2005, 72). Es considerada como un estado emocional en donde el sujeto se encuentra atemorizado, tenso o preocupado de forma muy displacentera, y además que cursa con síntomas físicos y psicológicos, que aparecen asociados generalmente a manifestaciones somáticas. El organismo reacciona de manera autónoma tras la percepción de un estímulo amenazante o nocivo, implicando un aumento de la actividad del sistema nervioso autónomo. La ansiedad generada, se considera adaptativa solo si es proporcional a la amenaza, transitoria, es decir que solo dure mientras persista el estímulo y si esto facilita que se pongan en actividad los recursos del sujeto para hacerle frente. Por otro lado se considera no adaptativa y problemática cuando no es proporcional al estímulo que amenaza, implicando un aumento anormal de su frecuencia, intensidad o duración de los síntomas que produce, manteniéndose en el tiempo y si tiene un origen biológico (Arranz , Barbero , Barreto y Bayés ,2003 citados en Mate, Hollenstein, y Gil,2004) .

Si bien, la ansiedad es una emoción natural, de carácter predominantemente adaptativo, que previene de situaciones que requieren

ponerse en alerta, sin embargo, esta también puede estar en la base de algunos procesos que a veces desencadenan la enfermedad. (Cano, 2005). Cuando los niveles de ansiedad persisten por un tiempo prolongado, el bienestar psicológico del sujeto que la padece, se ve cada vez más afectado negativamente, y a su vez los sistemas fisiológicos podrían verse afectados por el exceso de activación del sistema inmune, pudiendo encontrarse incapaz de defenderse, los procesos cognitivos también podrían alterarse, o el hecho de evitar las situaciones podría afectar a las esferas de la vida personal, familiar, laboral o social del individuo (Cano, 2005).

Es decir que la ansiedad en sí misma no es patológica, sino que es una reacción natural de los seres humanos ante determinados eventos que provocan cierta amenaza para la supervivencia del sujeto, pero que es a su vez posibilitadora para poder afrontar el acontecimiento que la genera. Ahora bien es importante tener en cuenta que si este estado ansioso se prolonga en el tiempo, podría generar dificultades en el bienestar psicológico y fisiológico del individuo, disminuyendo la capacidad del individuo para adaptarse a las circunstancias que debe afrontar, o haciéndolo con un desmesurado malestar.

Las distintas investigaciones acerca del trastorno depresivo en personas con cáncer, reportan resultados muy variados debido a los criterios diagnósticos, las distintas muestras de pacientes con tipos de cáncer diversos, distintos instrumentos de medida y puntos de corte utilizados, como así también debido a la similitud entre la misma enfermedad y su tratamiento y a los síntomas del trastorno depresivo (Trask, 2004; Raison & Miller, 2003; Newport & Nemeroff, 1998 citados en Valencia Lara, 2006).

El sistema del DSM-IV se basa en algunos criterios y síntomas bien diferenciados para diagnosticar la depresión, tiene en cuenta niveles de severidad y duración y se asocia al deterioro funcional, laboral y social. Los síntomas que tiene en cuenta son: anorexia, astenia, pérdida de peso,

insomnio, enlentecimiento psicomotor o pérdida de interés sexual. Estos síntomas son básicos para diagnosticar depresión en sujetos sin otra enfermedad, pero estos no tienen mucha utilidad diagnóstica en pacientes oncológicos debido a que son comunes a la enfermedad neoplásica y a la depresión (Cavanagh, 1983 citado en Mate, et.al., 2004). Debido a esta dificultad para diagnosticar depresión clínica a través del sistema convencional en estos pacientes, Endicott propone otros criterios, que sustituyen los síntomas somáticos del DSM-IV por síntomas cognitivos de tipo afectivo. Estos criterios sustitutivos propuestos por Endicott son:

- Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día
- Disminución acusada del interés o de la capacidad para el placer en todas o casi todas las actividades
- Apariencia depresiva
- Aislamiento social o reducción de la expresión verbal
- Agitación o enlentecimiento psicomotor casi cada día
- Melancólico, autocompasión o pesimismo
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesivos o inapropiados
- Baja reactividad; incapaz de levantar el ánimo
- Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida recurrente sin un plan específico o una tentativa de suicidio o un plan específico para suicidarse

Para poder realizar un diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor, es necesario que estén presentes cualquiera de los primeros dos y al menos cinco del resto de los síntomas por lo menos por un periodo igual o mayor a dos semanas (Mate, et.al., 2004).

La prevalencia de depresión en pacientes oncológicos se presenta entre un 5% y un 8%, este se caracteriza por presentarse al menos durante dos semanas de duración, en donde hay un ánimo deprimido o pérdida de la capacidad de disfrutar o sentir placer en la gran mayoría de las actividades que

previamente eran placenteras para el sujeto. (Valente, Saunders, Cohen, 1994 y Derogatis , Morrow, 1983 citados en citados en Mate, et.al.,2004). En varias oportunidades este tipo de trastornos no reciben el tratamiento adecuado porque no son diagnosticados adecuadamente, debido a que muchas veces se consideran no solo como síntomas de la depresión, sino como reacciones normales de la propia enfermedad y su tratamiento (Maté, Hollenstein,& Gil 2004).

El hacer una valoración del cáncer como una pérdida importante conlleva a una reacción de tristeza que podría desencadenar en una depresión (Cano, 2005, citado en Serna, Jaramillo, & Lince 2013).

Otro autor (Cano, 2005, citado en Serna, Jaramillo, & Lince 2013) sostiene que la depresión tiene relación con los inicios de la enfermedad, resaltando también que los síntomas depresivos tienen estrecha relación con el apoyo social percibido y con el estadio de la enfermedad cancerosa.

(Kavan, Engdahli y Kay 1995 citados en Serna, Jaramillo, & Lince 2013) concluyeron que la depresión puede ser factor causal o generar un peor pronóstico para esta enfermedad. (Edelman, 2005 citados en Serna, Jaramillo, & Lince 2013) ha encontrado que en algunos estudios, hay relación entre el cáncer y la depresión, pero en otros ha encontrado resultados opuestos, en el sentido que plantea que la depresión, el aislamiento y la desesperanza como factores protectores que previenen recaídas o disminuyen la mortalidad.

(Gaviria et al., 2007) plantean en su estudio que la muestra de pacientes oncológicos, no presentó síntomas clínicos de ansiedad como así tampoco de depresión, pero refieren que su estudio arrojó resultados divergentes respecto a otras investigaciones que concluyeron que la depresión y la ansiedad son patologías comorbidas que incapacitan y afectan del 15% al 25% aproximadamente de los pacientes con cáncer.

En la muestra que utilizaron (Carroll, Kathol,Noyes, Wald y Clamon, 1993) participaron ochocientos nueve pacientes (86,9) de un total de

novecientos treinta, a los cuales se les administro la escala de ansiedad y depresión. En esta muestra se encontró que el 47,6% necesitaba una evaluación psiquiátrica más exhaustiva. El 23,1% puntuó de 11 en adelante lo cual indicó que lo más probable es que padecieran de trastornos de ansiedad (17.7%) y depresión (9,9%), en base a los criterios del DSM-III-R. También encontraron que los sujetos con la enfermedad activa y en estado de hospitalización eran más propensos a tener mayores puntuaciones de depresión o ansiedad.

Garay López et.al. (2013), en su trabajo de investigación que tuvo por objetivo describir si un grupo de pacientes con cáncer eran vulnerables a padecer de ansiedad y depresión durante el transcurso de la enfermedad relacionándolo con variables sociodemográficas. Encontraron que el 75.4% de los pacientes eran casos con probabilidades de padecer ansiedad en algún momento del curso de la enfermedad, mientras que el 42.1% eran casos con probabilidades de depresión. También descubrieron que las medias más altas de ansiedad en relación al sexo la tenían las mujeres, mientras que para la depresión fueron los hombres. En cuanto a la a la escolaridad, las medias más altas de ambos trastornos la presentaron los que tenían mayores niveles educativos.

En el trabajo de (Rodríguez Vega, 2002), que contó con una muestras de 534 pacientes oncológicos, se encontró que el 15.7% de los sujetos puntuaron positivamente en la subescala de ansiedad de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, utilizando un punto de corte mayor o igual a 11, y el 14.6% puntuó de manera significativa en la subescala de depresión.

Capítulo IV:

“Apartado Metodológico”

Preguntas de investigación

- ✓ ¿Existe en los pacientes oncológicos una mayor supresión o un mayor control de las emociones?
- ✓ ¿Los pacientes oncológicos suprimen sus emociones negativas en mayor medida que las positivas?
- ✓ ¿Existe presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en los pacientes oncológicos?
- ✓ ¿Existen rasgos de personalidad característicos en los pacientes oncológicos?
- ✓ ¿Existen correlaciones entre las variables de estudio en los pacientes oncológicos?

Objetivos del trabajo

- ✓ Identificar si predomina la supresión de la expresión emocional en pacientes oncológicos que asisten a un Centro de tratamiento para pacientes con cáncer.
- ✓ Examinar si presentan una tendencia a suprimir emociones negativas en mayor medida que las positivas en los pacientes oncológicos.
- ✓ Evaluar la posible presencia de sintomatología ansiosa y depresiva en los pacientes oncológicos.
- ✓ Identificar cuáles son los rasgos personalidad característicos en los pacientes oncológicos.
- ✓ Determinar si existe algún nivel de correlación entre las variables evaluadas.

Hipótesis Planteadas

- ✓ Existe una tendencia a la supresión de la expresión emocional en los pacientes oncológicos
- ✓ Los pacientes oncológicos tienden a expresar menos las emociones negativas que las emociones positivas.
- ✓ Los pacientes oncológicos pueden presentar síntomas de ansiedad y de depresión.
- ✓ Los pacientes con cáncer podrían poseer ciertos factores de personalidad característicos.
- ✓ Podría existir algún nivel de correlación entre las variables evaluadas

Diseño

El trabajo de investigación consistió en un Diseño de investigación No Experimental, descriptivo con encuestas, de tipo Transeccional de alcance correlacional (Hernández Sampieri, Fernández Collado & Baptista, 2010).

Descripción de la muestra

Se trata de una muestra intencional compuesta por 30 (treinta) pacientes oncológicos de una institución que atiende a pacientes con cáncer en la provincia de Mendoza. A esta institución asisten personas diagnosticadas con diversos tipos de patología cancerosa. Previo a la toma de la batería se les garantizó a cada uno de los participantes del estudio la confidencialidad de su identidad y la libertad de participar de la investigación. Se obtuvieron todos los consentimientos informados de los pacientes que participaron.

La edad promedio de los pacientes fue de $59,77 \pm 15.03$. En cuanto al tiempo de diagnóstico de la enfermedad, el promedio en años fue de 2.1 ± 2.5 .

En cuanto al género de la muestra, el 80% de los sujetos perteneció al sexo femenino y el 20% restante al género masculino. En relación al nivel de escolaridad el 3,3% tiene el primario incompleto, el 33,3% posee el primario completo, el 46,7% tiene el secundario completo y el 16,7 tiene el nivel terciario o universitario completos. De acuerdo a la ocupación, el 50% son amas de casa, el 3,3% comerciantes, el 16,7% empleados, el 3,3% enfermeros, el 23,3 jubilados y el 3,3% son técnicos. En cuanto al diagnóstico de los pacientes, el 6,7% esta diagnosticado con cáncer de colon, el 3,3% con cáncer de esófago, el 3,3% con cáncer de estómago, el 56,7% con cáncer de mama, el 3,3% con cáncer de pulmón, el 10% con cáncer de testículo, el 6,7 con cáncer de útero, el 3,3% con cáncer de riñón, el 3,3% con cáncer de ovarios y el 3,3% con cáncer intestinal.

Instrumentos y materiales de evaluación

- 1. Cuestionario de Regulación Emocional -ERQ-** (Gross & John, 2003; traducido y adaptado al español por Rodríguez- Carvajal, Moreno-Jiménez y Garrosa, 2006; adaptado a la población Argentina por Porro-Conforti & Andrés, 2011). El mismo evalúa estrategias de regulación emocional, entre ellas la Supresión de la expresión emocional y la Reevaluación Cognitiva. “La *reevaluación cognitiva (RC)* es una estrategia focalizada en el antecedente que hace referencia a la construcción de significados positivos alternativos a un evento con el objeto de disminuir el impacto emocional negativo. Se ha asociado su uso frecuente con el bienestar psicológico” John & Gross (2004 citados en Andrés y Porro-Conforti, 2013,2). Por otra parte, la supresión de la expresión emocional (SEE) es una estrategia que está focalizada en la respuesta y está destinada a inhibir la expresión comportamental de la experiencia emocional (Gross & John, 2003 y Silva, 2005 citados en Andrés y Porro-Conforti, 2013). El cuestionario original consta de 10

afirmaciones con 7 opciones de respuesta en formato escala Likert que van desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 7 (totalmente de acuerdo). El cuestionario fue adaptado a nuestro país, esta adaptación consistió en re-narrar en un formato coloquial las expresiones de algunos ítems (Ej.: “Cuando estoy sintiendo emociones positivas, tengo cuidado de no expresarlas” de la traducción de Rodríguez- Carvajal, Moreno-Jiménez y Garrosa, 2006 por la expresión “Cuando estoy sintiendo emociones positivas -por ejemplo, alegría o estar contento- trato de no expresarlas”), indagar por la frecuencia de uso en lugar de grado de acuerdo (Ej.: “Totalmente en desacuerdo” por “Nunca” o “Casi nunca”) y ofrecer 5 opciones de respuesta posibles en la escala Likert en lugar de 7 como supone la versión original ya que esta modificación facilita la emisión de respuestas del participante y afecta en grado leve la estructura y consistencia interna del instrumento (Denegri, 2006 citado en Porro Conforti & Andrés, 2011). El Alfa de Crombach que se obtuvo en el presente trabajo fue de: .624 para la Supresión de la Expresión Emocional y .780 para la Reevaluación Cognitiva.

2. **Cuestionario de Expresividad de Berkeley BEQ-** (Gross, 2000; traducido y adaptado al español por Moreno & Jorge, 2006; adaptado a la población argentina por Porro-Conforti & Andrés, 2011). Este instrumento se utilizó porque evalúa la expresividad positiva (EP) y la Expresividad Negativa (EN). La *expresividad negativa* (EN), hace referencia al tipo de expresividad emocional preferencial, o sea, la experiencia subjetiva en cuanto a emociones negativas, tristeza, enojo, angustia, ira, etc. (Gross & John, 1997 citados en Porro, Andrés y Rodríguez-Espínola, 2012) tiene que ver con la tendencia de respuesta emocional negativa es expresada comportamentalmente, y por otro, la *expresividad positiva* (EP), hace referencia al grado en que la tendencia de respuesta emocional positiva es expresada comportamentalmente”

(Gross & John, 1997 citados en Porro, Andrés y Rodríguez-Espínola, 2011). En su versión original se trata de un cuestionario de 16 ítems en formato Likert con 7 opciones de respuesta que van desde 1 (totalmente en desacuerdo) hasta 7 (totalmente de acuerdo). Se realizó una adaptación del instrumento a nuestro contexto en el mismo sentido que la adaptación del cuestionario anterior: se re-narraron algunos ítems para volverlos más coloquiales (Ej.: “A menudo los demás no saben lo que estoy sintiendo” de la traducción de Moreno y Jorge, 2006 por “Muchas veces los demás no saben lo que estoy sintiendo”), se indagó por la frecuencia de uso en lugar de grado de acuerdo y se ofrecieron 5 opciones de respuesta posibles en la escala Likert en lugar de 7. En la adaptación de este cuestionario (Porro-Conforti & Andrés, 2011) se obtuvo un *alpha* de Cronbach de 0.573 para EP y de 0.342 .

- 3. Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria: HAD** (Zigmond & Snaith, 1983). Esta escala evalúa los niveles de ansiedad y depresión. La traducción y adaptación al castellano fue realizada por Herrero, Blanch, Peri, De Pablo, Pintor y Buelbena (2003). Esta escala fue diseñada para evaluar el estado emocional de los sujetos no psiquiátricos, que estaban siendo atendidos en unidades hospitalarias de consulta externa (Andrés & Porro-Conforti, 2013). La escala consta de 14 ítems divididos en dos subescalas, una de las escalas mide ansiedad y la otra depresión, cada una compuesta por siete ítems. El contenido de los ítems hace referencia a la percepción subjetiva del paciente de aspectos psicológicos relacionados con la presencia de síntomas de ansiedad y depresión durante la última semana. Cada ítem consta de cuatro alternativas de respuesta, que se valoran de conformidad con una escala Likert con puntuaciones comprendidas entre 0 (nunca) y 4 (muy a menudo), que miden la intensidad del malestar percibido por el paciente. Los autores (Zigmond & Snaith,

1983) establecieron los siguientes puntos de corte: entre 0 y 7 puntos “normal”, entre 8 y 10 “dudoso”, y, más de 11 puntos “problema clínico. Los ítems que componen el factor ansiedad son: “Me siento tenso/a, nervioso/a”, “Siento una especie de temor como si algo malo fuera a suceder”, “Tengo la cabeza llena de preocupaciones”, “Soy capaz de permanecer sentado/a, tranquilo/a y relajadamente”, “Experimento una desagradable sensación de ‘nervios y hormigueos’ en el estómago”, “Me siento inquieto/a como si no pudiera parar de moverme” y “Experimento de repente sensaciones de gran angustia o temor”. Los ítems que componen el factor depresión son: “Sigo disfrutando con las mismas cosas siempre”, “Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas”, “Me siento alegre”, “Me siento lento/a y torpe”, “He perdido el interés por mi aspecto personal”, “Espero las cosas con ilusión” y “Soy capaz de disfrutar con un buen libro con un buen programa de radio o televisión”. El instrumento original posee un coeficiente *alpha* de Cronbach de 0.80 para cada una de las escalas y el análisis de fiabilidad de la muestra adaptada a nuestro contexto arrojó un *alpha* de Cronbach de 0.762 para la escala de ansiedad y de 0.749 para la escala de depresión.

- 4. Cuestionario Big Five de Personalidad (BFQ)** (John, Caspi, Robins, Moffitt & Stouthamer-Loeber, 1994, adaptado para la población argentina por Castro Solano, 2005). Es un inventario compuesto de 44 ítems que evalúa los cinco grandes rasgos de personalidad. Está basado en la teoría de los Cinco Factores que postuló McDougall en 1932, quien sostenía que la personalidad podía entenderse como la expresión de cinco factores perfectamente identificables: Neuroticismo / Estabilidad Emocional; Extraversión / Intraversión; Apertura a la Experiencia; Agradabilidad y Responsabilidad. Años después McCrae y Costa (1985) demostraron que esta estructura pentafactorial era sólida a

través del tiempo, empleando diferentes métodos, instrumentos y fuentes de información. Dichos autores afirman que este modelo se replica en diferentes contextos culturales y que la universalidad del mismo puede deberse a tendencias disposicionales con una base biológica (McCrae y Costa, 1999). Las definiciones de las dimensiones de personalidad se detallan a continuación:

- *Neuroticismo (N)*: Este factor expresa una tendencia general a expresar miedo, tristeza, venganza, enojo, culpa y disgusto.
- *Extraversión (E)*: Los extrovertidos son personas sociables, prefieren los grupos grandes, son activos y firmes en sus opiniones, enérgicos y optimistas. Les gusta generalmente la excitación y tienen una disposición alegre.
- *Apertura a la experiencia (O)*: La imaginación, la sensibilidad estética, la preferencia por la variedad y la curiosidad intelectual integran O.
- *Agradabilidad (A)*: Es una dimensión que atañe a las relaciones interpersonales, donde los valores altos indican que la persona es altruista y tiende a ser complaciente y conformista; mientras que los valores bajos son propios de personas egocéntricas y que son más competitivas que cooperativas.
- *Responsabilidad (C)*: Se trata de personas escrupulosas, ordenadas, con fuerte voluntad y determinación. Se trata de personas puntuales y confiables.

El cuestionario presenta afirmaciones sobre el modo de ser del sujeto que éste debe responder en una escala Likert de 1 (totalmente en desacuerdo) a 5 (totalmente de acuerdo).

Para la población argentina, se calcularon las propiedades psicométricas de la escala. El alfa de Cronbach de la misma obtuvo valores superiores a 0.70 en todas las dimensiones de personalidad, por lo cual su nivel de confiabilidad

es aceptable. En cuanto a la validez factorial, se llevó a cabo un análisis factorial de los ítems. Se comprobó previamente que la matriz de correlaciones era adecuada para este tipo de análisis, a ésta se impuso una estructura de cinco factores que explicaban el 45% de la varianza de las puntuaciones. Los factores fueron rotados en forma ortogonal según el método Viramax. (Castro Solano, 2005). En el presente trabajo, los valores de confiabilidad fueron: 0,540 para Extraversión, 0,209 para Agradabilidad, 0,755 para responsabilidad, 0,657 para Neuroticismo y 0,569 para Apertura a la experiencia.

La interpretación de los puntajes, se realiza a través de la conversión del puntaje bruto de cada escala a los percentiles propuestos en la estandarización realizada por el autor para Argentina. Se toman como puntos de corte los percentiles 25 (Bajo) y 75 (Alto).

Se optó por este instrumento ya que cuenta con una estandarización regional no superior a los 10 años de antigüedad y por ser un cuestionario breve, enmarcado en una teoría de la personalidad con vigencia mundial en la actualidad

Procedimiento

En primer lugar, se dio inicio solicitando la autorización a la Jefatura del Centro Oncológico a los fines de contar con el aval y permiso para llevar adelante la Investigación propuesta, explicando el alcance del trabajo, la importancia del trabajo y los objetivos propuestos. Además, en esta misma instancia se aclaró que todos los datos recolectados serían confidenciales, resguardando la identidad de cada uno de los sujetos. El criterio de selección de los sujetos consistió únicamente en haber sido diagnosticado con cualquier tipo de enfermedad cancerosa, sin importar el tipo, ni tiempo de la enfermedad.

Una vez obtenido el permiso para llevar a cabo el trabajo se comenzó a trabajar con los pacientes.

A los pacientes participantes se les explicó el carácter del estudio, la importancia del mismo, el carácter voluntario de la participación, como también se les garantizó la confidencialidad de sus aportes. Para garantizar el carácter voluntario se utilizó el formato de consentimiento informado. Las pruebas tuvieron el carácter de ser autoadministrables pero se permaneció allí para contestar a cualquier duda que pudiera surgir. Adicionalmente se indagó por los datos sociodemográficos de cada participante así como del tipo de cáncer y tiempo transcurrido desde la noticia del diagnóstico hasta el momento de la evaluación.

Para finalizar la investigación, los datos recolectados fueron evaluados con el procesador estadístico para Ciencias Sociales SPSS 19.0.

Presentación de Resultados

En primer lugar se analizan los índices de *Alfa de Cronbach* de todos los cuestionarios utilizados a fines de obtener la confiabilidad de los instrumentos en la presente investigación:

Tabla 1:

Alfa de Cronbach Cuestionario de Regulación Emocional -ERQ- (Gross & John, 2003; traducido y adaptado al español por Rodríguez- Carvajal, Moreno-Jiménez y Garrosa, 2006; adaptado a la población Argentina por Porro-Conforti & Andrés, 2011).

Alfa de Cronbach	Expresión emocional	Alfa de Cronbach	Reevaluación cognitiva
4 ítems	,624	6 ítems	,780
Ítem2	,444	ítem1	,743
Ítem4	,810	ítem3	,757
Ítem6	,571	ítem5	,798
Ítem9	,274	ítem7	,714
		ítem8	,731
		ítem10	,734

La confiabilidad de Expresión emocional fue media: $\alpha = .624$. Cabe destacar que si el ítem 4 hubiese sido eliminado, “Cuando estoy sintiendo emociones positivas (por ejemplo alegría o estar contento) trato de no expresarlas” el Alfa de Cronbach subiría considerablemente.

La confiabilidad para Reevaluación cognitiva fue aceptable $\alpha = .780$

Tabla 2:

Alfa de Cronbach Cuestionario de Expresividad de Berkeley BEQ- (Gross, 2000; traducido y adaptado al español por Moreno & Jorge, 2006; adaptado a la población argentina por Porro-Conforti & Andrés, 2011).

Alfa de Cronbach	Expresividad negativa	Alfa de Cronbach	Expresividad positiva	Alfa de Cronbach	Intensidad del impulso
6 ítems	,407	4 ítems	,723	6 ítems	,620
Ítem3	,149	ítem1	,599	Ítem2	,596
Ítem3	,221	Ítem4	,669	Ítem7	,560
Ítem8	,172	Ítem6	,696	Ítem611	,596
Ítem9	,487	Ítem10	,670	Ítem12	,597
Ítem13	,522			Ítem14	,550
ítem16	,445			ítem15	,556

La confiabilidad para expresividad negativa fue Baja: $\alpha = .407$.

La confiabilidad para expresividad positiva fue Media: $\alpha = .723$.

La confiabilidad para intensidad del impulso fue Media: $\alpha = .620$.

Tabla 3:

Alfa de Cronbach Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria: HAD (Zigmond & Snaith, 1983; traducido y adaptado al español por Herrero, Blanch, Peri, De Pablo, Pintor y Buelbena, 2003).

Alfa de Cronbach	Ansiedad	Alfa de Cronbach	Depresión
7 ítems	,492	7 ítems	,633
ítem1	,471	Ítem2	,569
ítem3	,443	Ítem4	,577
ítem5	,567	Ítem6	,589
ítem7	,405	Ítem8	,618
Ítem9	,373	Ítem10	,599
ítem11	,543	ítem12	,624
ítem13	,309	ítem14	,603

La confiabilidad de ansiedad fue Baja: $\alpha = .492$.

La confiabilidad de depresión fue Media: $\alpha = .633$.

Tabla 4:

Alfa de Cronbach Cuestionario Big Five de Personalidad (BFQ) (John, Caspi, Robins, Moffitt & Stouthamer-Loeber, 1994, adaptado para la población argentina por Castro Solano, 2005)

Alfa de Cronb.	EXTRAV	Alfa de Cronb.	AGRADABI	Alfa de Cronb.	RESPONSA	Alfa de Cronb	NEUROTIC	Alfa de Cronb	APERTURA LA EXPER.
8 ítems	,540	9 ítems	,209	9 ítems	,755	8 ítems	,657	10 ítems	,569
Ítem1	,456	Ítem7	,245	Ítem3	,721	Ítem4	,614	Ítem5	,422
Ítem11	,504	Ítem17	,222	Ítem13	,732	Ítem14	,665	Ítem10	,538
Ítem16	,490	Ítem22	,231	Ítem28	,728	Ítem19	,662	Ítem15	,525
Ítem26	,598	Ítem32	,192	Ítem33	,746	Ítem29	,632	Ítem20	,490
Ítem36	,559	Ítem42	,163	Ítem38	,748	Ítem39	,587	Ítem25	,475
Ítem6	,516	Ítem2	,080	Ítem8	,739	Ítem9	,662	Ítem30	,584
Ítem21	,363	Ítem12	,283	Ítem18	,701	Ítem24	,585	Ítem40	,542
Ítem31	,518	Ítem27	,201	Ítem23	,734	Ítem34	,576	Ítem44	,600
		Ítem37	,013	Ítem43	,737			Ítem35	,651
								Ítem41	,551

La confiabilidad para Extraversión fue Media: $\alpha = .540$.

La confiabilidad para Agradabilidad fue Baja: ($\alpha = .209$).

La confiabilidad para Responsabilidad fue Aceptable: ($\alpha = .755$).

La confiabilidad para Neuroticismo fue Media: ($\alpha = .657$).

La confiabilidad para Apertura a la Experiencia fue Media: ($\alpha = .569$).

A continuación se presentan los valores medios del **Cuestionario de regulación emocional -ERQ-** (Gross & John, 2003; traducido y adaptado al español por Rodríguez- Carvajal, Moreno-Jiménez y Garrosa, 2006; adaptado a la población Argentina por Porro-Conforti & Andrés, 2011), en relación a los ítems de mayor y menor valor de las sub dimensiones de Supresión Emocional y Reevaluación Cognitiva. Los valores medios más altos correspondieron al ítem 9 y al ítem 10, y los valores medios más bajos a los ítems 8 y 4.

Tabla 5:
Ítems de menor y mayor valor en Supresión Emocional y Reevaluación Cognitiva

Reevaluación Cognitiva		Supresión Emocional	
Controlo mis emociones cambiando la manera de pensar sobre la situación en la que me encuentro (8)	Cuando tengo un problema y me quiero sentir mejor cambio la manera de pensar sobre ese problema (10)	Cuando estoy sintiendo emociones positivas (por ejemplo, alegría o estar contento) trato de no expresarlas. (4)	Cuando estoy sintiendo emociones negativas (por ejemplo, tristeza o enojo) me aseguro de no expresarlas (9)
M(DE) 3.57 (1.00)	3.90 (.99)	2.40 (1.71)	3.50 (1.38)

Seguidamente, se analizó el puntaje promedio de cada dimensión, calculando el valor total sobre la cantidad de ítems que la componen. De este modo se pudo determinar cuál era la estrategia más utilizada. De las dos estrategias, la más utilizada en esta muestra de pacientes fue la reevaluación cognitiva.

Tabla 6:
Puntajes promedios en Supresión Emocional y Reevaluación Cognitiva.

	M	(DE)
Reevaluación Cognitiva	3,7722	(0,72778)
Supresión Emocional	2,9917	(1,00534)

En promedio la estrategia de Reevaluación cognitiva es mayormente utilizada en la muestra.

A continuación se analizó el promedio de utilización de la Expresividad Positiva y Negativa, de acuerdo al **Cuestionario de expresividad de Berkeley-BEQ**-(Gross, 2000; traducido y adaptado al español por Moreno & Jorge, 2006; adaptado a la población argentina por Porro-Conforti & Andrés, 2011).

Tabla 7:

Ítems de mayor valor para la expresividad positiva y negativa

	Expresividad Positiva	Expresividad Negativa
	Cuando estoy feliz mis sentimientos se muestran. (6)	Lo que siento se puede ver en toda mi cara. (16)
M(DE)	4,60 (,770)	4,33 (1,061)

Se realizó un análisis por ítem para indagar cuál de ellos obtuvo el mayor valor en el grupo en estudio, tanto en los ítems de expresividad positiva como negativa. Los ítems de mayor valor fueron el 6 y el 16.

Tabla 8:

Puntajes promedios en Expresividad positiva y negativa

	M	(DE)
Expresividad Positiva	4,4250	,72561
Expresividad Negativa	3,4500	,64498

En este grupo los resultados muestran que los pacientes expresan emociones positivas en mayor medida que las emociones negativas.

Seguidamente se calculó el valor promedio de **Ansiedad y Depresión**, y se analizó su clasificación de acuerdo a (Zigmond & Snaith, 1983), quienes establecieron los siguientes puntos de corte: entre 0 y 7 puntos "normal", entre 8 y 10 "dudoso", y, más de 11 puntos "problema clínico".

Tabla 9:*Clasificación de los niveles de ansiedad y depresión*

	M	DE	Clasificación
Ansiedad	8,6667	3,14405	Dudoso
Depresión	3,9333	2,77841	Normal

La sintomatología ansiosa en este grupo de pacientes, muestra que el promedio del grupo es dudoso, es decir que cabe la posibilidad de indagar a través de otros métodos para corroborar la presencia de la misma. En cuanto a la variable de sintomatología depresiva, los niveles muestran que el promedio es normal, es decir que no predominan índices de depresión significativos.

Tabla 10:*Niveles de los factores de personalidad*

Dimensión de Personalidad	M	DE	Percentil	Clasificación
Extraversión	29,2667	5,36870	63	Normal
Agradabilidad	35,3333	4,45153	83	Alta
Responsabilidad	35,7667	6,46840	67	Normal
Neuroticismo	25,2667	5,87768	38	Normal
Apertura a la Experiencia	35,4000	6,79046	50	Normal

Los cinco factores de la personalidad de este grupo de pacientes muestran, que en promedio los sujetos presentan puntajes “normales” no interpretables de los factores Extraversión, Responsabilidad, Neuroticismo y Apertura a la experiencia, pero en la dimensión Agradabilidad los resultados muestran que los pacientes presentan puntajes “altos” en esta dimensión.

Tabla 11:
Correlaciones de Pearson significativas entre variables estudiadas

		Supresión emocional	Depresión	Neuroticismo
Expres. Negativa	Pearson	,493**	,415*	,477**
	Sig. (2-tailed)	,006	,023	,008
	N	30	30	30
Depresión	Pearson	,432*		,626**
	Sig. (2-tailed)	,017		,000
	N	30		30
Responsabilidad	Pearson	-,421*		
	Sig. (2-tailed)	,021		
	N	30		
Ansiedad	Pearson			,367*
	Sig. (2-tailed)			,046
	N			30

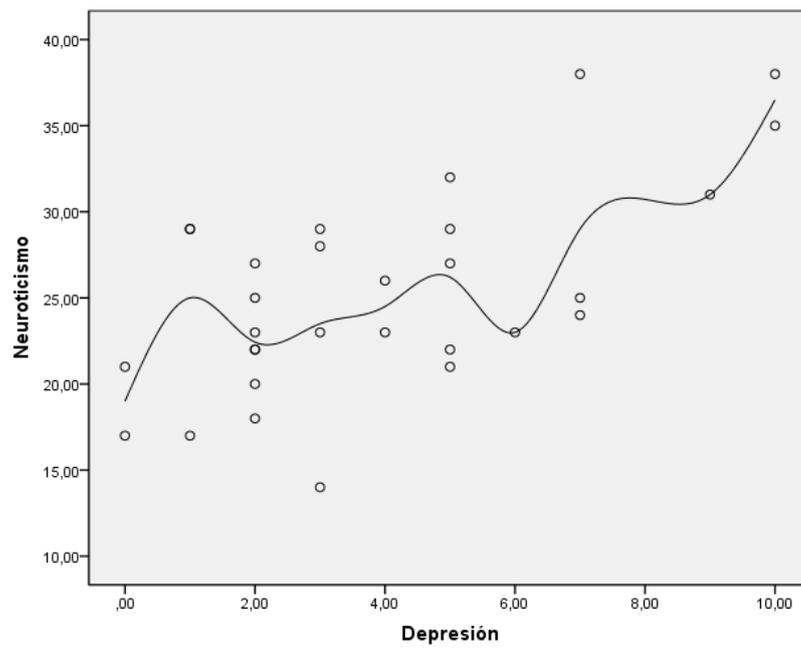
** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Se encontraron múltiples correlaciones significativas, en su mayoría de carácter débil $r < .50$ (Hernández Sampieri et al., 2010). Sólo una de ellas es una correlación media y positiva, Depresión y Neuroticismo ($r = .626$; $p < .001$). Expresividad Negativa correlacionó de forma positiva con: Supresión Emocional ($r = .493$ $p < .01$), Depresión ($r = .415$ $p < .05$) y Neuroticismo ($r = .477$; $p < .01$); Depresión correlacionó positivamente con Supresión Emocional ($r = .432$ $p < .05$). Finalmente, Neuroticismo correlacionó con Ansiedad de forma positiva ($r = .367$ $p < .05$).

A continuación se grafica la correlación de mayor intensidad inter test obtenida

Figura 1. Correlación Neuroticismo y Depresión ($r=.626$; $p < .001$).



Discusión y Conclusiones

El presente trabajo de investigación tuvo como objetivo identificar si predominaba la supresión de la expresión emocional en los pacientes oncológicos que asistían a un centro de tratamiento para pacientes con cáncer en la ciudad de Mendoza. También se pretendió poder examinar la tendencia a suprimir las emociones negativas en mayor medida que las emociones positivas en los mismos pacientes. Por otro lado, identificar si existe sintomatología de ansiedad y depresión de los mismos. Explorar los factores de personalidad y ver si existen factores característicos en ellos. Por último correlacionar las variables utilizadas (reevaluación cognitiva, Supresión de la expresión emocional, expresividad de emociones positivas y negativas, e índices de ansiedad y depresión) para determinar posibles asociaciones.

En relación al primer objetivo se encontró que el mecanismo de regulación emocional más utilizado fue la Reevaluación Cognitiva, en proporción a la supresión de la expresión emocional, en este grupo de pacientes. Estos resultados, en lo que se refiere a la reevaluación cognitiva, son congruentes con lo que plantean Gaviria et. al., 2007, quienes encontraron que en el grupo de pacientes oncológicos de su estudio, los sujetos utilizaron mayormente la reevaluación cognitiva en lugar de la expresión emocional abierta, la cual fue la menos empleada. El uso de la reevaluación cognitiva como estrategia de regulación emocional mayormente utilizada por los pacientes con cáncer también es congruente con lo que plantean Carver et al., 1993; Miller, Manne, Taylor, Keates, & Dougherty, 1996; Stanton, Danoff-Burg & Huggins, 2002 y Thomas & Marks, 1995, quienes sostienen que la reevaluación cognitiva es una de las estrategias mayormente utilizadas por este tipo de pacientes. Sin embargo hay otros trabajos de investigación que sostienen lo contrario, (Andrés y Porro-Conforti ,2013), donde el objetivo fue comparar la frecuencia de uso de la reevaluación cognitiva y de la supresión de la expresión emocional en un grupo de pacientes oncológicos y en un grupo

control, los resultados demostraron que los grupos se diferenciaron significativamente en su frecuencia de uso de la supresión de la expresión emocional, en el sentido de que los pacientes oncológicos utilizaron más esta estrategia (SEE) que el grupo control. Cabe aclarar que aquí se comparó el uso de las estrategias entre los dos grupos, el de pacientes oncológicos y el de sujetos sanos, es decir que la metodología utilizada fue distinta al presente estudio, por lo que se afirma que el grupo de pacientes oncológicos utilizó más la (SEE) que los sujetos sanos, pero no se sabe cuál de estas dos estrategias fue más utilizada en el grupo de pacientes con cáncer. Otro trabajo similar al anterior, realizado por (Greer y Morris, 1975 citado en Porro, Andrés y Rodríguez- Espínola, 2012) arrojó que la supresión extrema del enojo y otros sentimientos predominaron significativamente más en el grupo de pacientes oncológicos que en grupo de pacientes con tumores benignos tomados como controles. Por cuanto la primera hipótesis planteada es rechazada, dado que no se encontró en esta muestra que los pacientes utilizaran en mayor medida la SEE. La mayoría de los pacientes afirmó que cuando tienen un problema cambian la manera de pensar sobre ese problema para sentirse mejor sobre ese problema. Es decir que el objetivo de esta acción cognitiva tiene como finalidad sentirse mejor de ánimo, tal como lo plantean John & Gross 2004 citados en Andrés y Porro-Conforti, (2013, 2) “la *reevaluación cognitiva (RC)* es una estrategia focalizada en el antecedente que hace referencia a la construcción de significados positivos alternativos a un evento con el objeto de disminuir el impacto emocional negativo”.

En cuanto al segundo objetivo planteado, examinar la tendencia a expresar las emociones negativas en menor medida que las emociones positivas en pacientes oncológicos; se encontró que en esta muestra los pacientes expresaron las emociones positivas en mayor medida que las emociones negativas. Estos hallazgos son semejantes a los encontrados por (Porro-Conforti y Andrés ,2011), quienes hallaron que en su trabajo predominó

una mayor expresión de las emociones positivas por sobre las negativas, además las investigadoras pudieron observar que la mayoría de los sujetos expresaba las emociones negativas solo a veces o con relativa frecuencia, y siempre o casi siempre tendían a aparentar estar calmos aunque estuviesen alterados, prefiriendo no demostrar la rabia que sentían. Otro dato significativo del mismo trabajo y que también concuerda con la presente investigación fue que la media para la expresividad negativa fue menor que la media para la expresividad positiva. Otro estudio que también es congruente con los resultados encontrados, (Porro, Andrés y Rodríguez-Espínola 2012) hallaron diferencias significativas en cuanto a la expresividad negativa en un grupo control y un grupo de pacientes oncológicos, siendo que el grupo de pacientes oncológicos expresó menos sus emociones negativas que el grupo control. Al analizar las respuestas de la escala que mide (SEE), se encontró que el ítem que mayor valor obtuvo fue el que afirmaba que cuando los sujetos sienten emociones negativas se aseguran de no expresarlas. Por lo tanto la segunda hipótesis planteada se acepta, debido a que en esta muestra de pacientes con cáncer, tienden a expresar en menor medida sus emociones negativas por sobre las emociones positivas.

En relación al tercer objetivo planteado, identificar la presencia de sintomatología de ansiedad y depresión, se halló que en esta muestra el promedio de ansiedad es dudoso, lo cual implica que se necesitaría corroborar la presencia o no de la misma a través de otros métodos alternativos. En cuanto a los niveles de depresión, el promedio del grupo no presenta niveles significativos que indiquen su presencia. Estos resultados son congruentes solo parcialmente con los que halló (Gaviria et al., 2007), quienes plantean en su estudio que la muestra de pacientes oncológicos no presentó síntomas clínicos de ansiedad como así tampoco de depresión, pero refieren que su estudio arrojó resultados divergentes respecto a otras investigaciones que concluyeron que la depresión y la ansiedad son patologías comórbidas que incapacitan y

afectan del 15% al 25% aproximadamente de los pacientes con cáncer. Son congruentes en el sentido que tampoco en esa muestra se visualizaron niveles de depresión clínica significativos, pero el resultado es divergente al presente debido a que no se puede asegurar que los niveles de ansiedad no sean relevantes clínicamente, ya que el promedio fue dudoso, lo cual como ya se ha mencionado no se puede cerrar la posibilidad de sintomatología ansiosa en estos pacientes.

Los resultados encontrados también son solo parcialmente congruentes con los resultados que hallaron Carroll, Kathol, Noyes, Wald y Clamon, 1993, quienes encontraron en su muestra que el 47,6% necesitaba una evaluación psiquiátrica más exhaustiva. El 23,1% puntuó de 11 en adelante lo cual indicó que lo más probable es que padecieran de trastornos de ansiedad (17,7%) y depresión (9,9%). Por tanto son congruentes en el sentido que en este estudio también se necesita una evaluación más exhaustiva para determinar ansiedad, pero divergen en el sentido que no es necesario realizarla para la depresión. Lo que se puede observar en comparación con este último trabajo es que pareciera que los niveles de ansiedad son mayores que los niveles de depresión en los pacientes con cáncer. En relación a lo anteriormente mencionado también Rodríguez Vega, 2002, encontró que los niveles de ansiedad fueron mayores que los de depresión, ya que con una muestra de 534 pacientes oncológicos, el 15,7% de los sujetos puntuaron positivamente en la sub escala de ansiedad, y el 14,6% puntuó de manera significativa en la sub escala de depresión.

Otra observación en relación a la depresión, podría tener relación con el estadio de la enfermedad, ya que en la presente muestra el tiempo promedio de enfermedad es de más de dos años, es decir que ya estaban en un estadio avanzado, con respecto a esta relación entre la depresión y el estadio de la enfermedad, (Cano, 2005, citado en Serna, Jaramillo, & Lince 2013) sostiene

que la depresión tiene relación con los inicios de la enfermedad en mayor medida que en otros estadios más avanzados. Con esto la tercera hipótesis tampoco se rechaza solo de manera parcial debido a que los índices de ansiedad necesitan ser explorados más profundamente para corroborar ansiedad, pero con respecto a los índices de depresión se rechazaría debido a que no se encontraron en esta muestra de pacientes niveles de depresión clínicamente significativos.

Al analizar el cuarto objetivo del presente trabajo, explorar los rasgos de personalidad de la muestra de pacientes oncológicos, se encontró que con respecto a los factores Extraversión, Responsabilidad, Neuroticismo y Apertura a la experiencia, todos ellos se presentan en niveles normales en el promedio de la muestra, ninguno de ellos tiene niveles de significación clínica, pero en cuanto al factor Agradabilidad el promedio de pacientes obtuvo un nivel alto, lo cual es clínicamente significativo. La Agradabilidad es una dimensión que atañe a las relaciones interpersonales, donde los valores altos indican que la persona es altruista y tiende a ser complaciente y conformista; mientras que los valores bajos son propios de personas egocéntricas y que son más competitivas que cooperativas (McCrae y Costa, 1999). Esto es congruente con lo que se ha encontrado en otras investigaciones, este factor se relaciona con una de las características de la personalidad tipo C, Eysenck (1994, citado en Anarte et.al.,2000, 134) “resume las características del comportamiento de los sujetos que presentan un estilo comportamental Tipo C como sumamente cooperativos, pasivos, evitadores de conflictos, supresores de emociones como ira o ansiedad, que usan la represión como mecanismo de afrontamiento, rígidos y con mayor predisposición a experimentar desesperanza y depresión”.

La personalidad tipo C se ha relacionado con el cáncer en numerosas investigaciones científicas. De todos los trabajos se podría desprender o inferir que lo que pudiera ser tenido en cuenta como el núcleo del «Tipo C» de

personalidad podría ser, básicamente, la inhibición, represión o supresión de las emociones negativas (o anti-emocionalidad) junto con la necesidad de mantener relaciones interpersonales armoniosas (Anarte et.al.,2001). Esta última característica de “mantener relaciones interpersonales armoniosas”, se podría relacionar con los niveles altos del factor Agradabilidad, debido a que estas personas tienen características “altruistas, complacientes y conformistas”. En el estudio realizado por Gaviria et.al., 2007 parte de la idea de que el patrón de comportamiento tipo C, podría ser considerado como una manera de afrontar la enfermedad, siendo caracterizado por el nivel de dominio y control de las emociones que son socialmente negativas, el disimulo y la no expresión de esa clase de emociones, también por la capacidad de comprender a los demás, aunque este esté en contra de sus propios intereses. El postulado teórico planteado por las investigadoras también es congruente con las puntuaciones altas del factor Agradabilidad. En este aspecto la hipótesis planteada al comienzo del estudio no se rechaza, debido a que al explorar las dimensiones propuestas se encontró que el promedio de la dimensión Agradabilidad en este grupo de pacientes fue alta.

Por último y en relación al último objetivo del presente trabajo, investigar si existen correlaciones significativas entre las variables psicológicas estudiadas, Reevaluación cognitiva, Supresión de la expresión emocional, Expresividad de emociones positivas y negativas, presencia de sintomatología ansiosa y depresiva y factores de personalidad, para determinar posibles asociaciones en relación a la enfermedad.

En un primer nivel de análisis se puede observar que las variables que obtuvieron medias significativas no presentaron niveles de correlación significativos, lo cual indica que las variables no se agruparon con algún patrón homogéneo, sino que estuvieron dispuestas de manera heterogénea. Es decir que a nivel descriptivo, Reevaluación cognitiva resultó más utilizada en este

grupo de pacientes que la Supresión emocional, la expresión de las emociones positivas se utilizó en mayor medida que la expresión de las emociones negativas, no se observó un nivel de sintomatología depresiva con significación clínica, y en cuanto a la sintomatología ansiosa los resultados se encontraron dudosos, es decir que para afirmar la presencia de sintomatología ansiosa sería necesario una exploración más exhaustiva, por último y en relación a los factores de la personalidad, Neurotismo, Extraversión, Apertura a la experiencia y Responsabilidad, se hallaron puntajes normales no interpretables, pero el factor Agradabilidad resultó "Alto", lo cual tiene una significación clínicamente significativa. Cabe destacar que esta descripción corresponde a la muestra en su totalidad.

En un segundo nivel de análisis, es interesante mencionar que se encontraron múltiples correlaciones significativas.

En primer lugar Expresividad negativa correlacionó positivamente con Supresión emocional y síntomas depresivos. Respecto a la relación entre estas variables, es interesante destacar que la expresividad negativa hace referencia al tipo de expresividad emocional preferencial, o sea, la experiencia subjetiva en cuanto a emociones negativas, tristeza, enojo, angustia, ira, etc. (Gross & John, 1997 citados en Porro, Andrés y Rodríguez-Espínola, 2012) mientras que la supresión de la expresión emocional, hace referencia a una estrategia que modifica el componente comportamental de la respuesta emocional sin reducir la experiencia subjetiva de la emoción negativa, se trata de una estrategia de regulación que adviene relativamente tarde en el proceso de generación de la emoción (Porro-Conforti, 2011). Las variables mencionadas pareciera que siguen un patrón homogéneo de comportamiento. Esta correlación es congruente con lo planteado en otros estudios, que han afirmado que las personas que utilizan mayormente la supresión de la expresión emocional tienden a experimentar mayor cantidad de emociones negativas así como

también a presentar síntomas de ansiedad y depresión (John & Gross, 2004; Durbin & Shafir, 2007; Gross & John, 2003; Kashdan & Steger, 2006; Dennis, 2007; Garnefsi, Rieffe, Jellesma, Terwogt, & Kraaij, 2007 citados en Porro-Conforti y Andrés, 2011). Pareciera que el uso mismo de esta estrategia tiende a aumentar la percepción de emociones negativas en el sujeto, llevándolo a su vez a la activación de aún más emociones negativas que al no ser expresadas, generan con este círculo la activación de sintomatología depresiva.

Otra de las correlaciones positivas encontradas fue Neuroticismo y Expresividad negativa. Esta relación se podría explicar teniendo en cuenta que El factor Neuroticismo ha sido conceptualizado como una dimensión de la personalidad con mayor sensibilidad del sistema límbico a los estímulos que provienen de exterior (Eysenck, 1967 citado en Guarino & Roger, 2005). Los sujetos con este factor alto son más tendientes a experimentar la activación de sistema nervioso autónomo y a percibir una mayor perturbación y agitación ante experiencias vitales estresantes (Matthews y Deary, 1998, citados en Guarino & Roger, 2005). Tienden a percibir la vida más estresante y a afrontarla de manera más ineficiente, como así también a experimentar mayor cantidad de quejas somáticas, rabia, ansiedad, tristeza y disgustos (Costa y McCrae, 1987; McCrae, 1990; Watson y Clark, 1984 citados en Valencia Lara, 2006). La *expresividad negativa como ya se ha mencionado* hace referencia al grado en que la tendencia de respuesta de emociones negativas (tristeza, enojo, angustia, ira, etc.) es expresada comportamentalmente (Gross & John, 1997 citados en Porro, Andrés y Rodríguez-Espínola, 2012,). Si bien no existen investigaciones que expliquen la relación que existe entre el factor Neuroticismo y expresividad Negativa, esta se podría explicar teniendo en cuenta que el factor Neuroticismo en sí mismo es un terreno fértil para experimentar emociones negativas, es decir que si hay presencia significativa de este factor es probable que el sujeto experimente mayor cantidad de emociones negativas.

En relación a la correlación positiva que se encontró entre síntomas depresivos y Supresión de la expresión emocional puede explicarse entendiendo el concepto y las consecuencias de esta estrategia. La supresión de la expresión emocional (SEE) es una estrategia que está focalizada en la respuesta y está destinada a inhibir la expresión comportamental de la experiencia emocional (Gross & John, 2003 y Silva, 2005 citados en Andrés y Porro-Conforti, 2013), se refiere a una manera particular de modular la respuesta, básicamente a inhibición del curso expresivo comportamental de la experiencia emocional (John & Gross, 2004; Silva, 2005 citados en en Porro, Andrés y Rodríguez-Espínola, 2012). Es decir que el sujeto va a inhibir o suprimir la expresión comportamental de sus propias emociones. Estos esfuerzos que el sujeto realiza de manera repetida consumen recursos cognitivos que de otro modo podrían utilizarse para un mejor rendimiento en los contextos sociales en los que las emociones surgen (Gross & John, 2002, 2003; John y Gross, 2007; Jackson et al. 2003; Ochsner, 2002 citados en Porro-Conforti y Andrés, 2011). La utilización de las estrategias de regulación emocional da por resultado un componente esencial en el bienestar psicológico de los individuos, teniendo en cuenta que los sujetos están expuestos en la cotidianidad a estados de tensión de distintas magnitudes (John & Gross, 2004 citado en Porro-Conforti, 2011). El uso crónico de la supresión emocional está asociado en su mayor medida con consecuencias contraproducentes para el bienestar psicológico ya que requiere del individuo manejar las respuestas con elevado esfuerzo y tiende a provocar mayor consumo de recursos cognitivos (Gross & John, 2003 citado en Porro-Conforti, 2011). Básicamente cuando este tipo de modulación es la que predomina, le requiere de tantos recursos cognitivos que deja otras áreas con pocos recursos para otros aspectos de su vida. Como ya se ha mencionado el uso de cada estrategia implica diferentes y opuestas consecuencias en diversos aspectos de la vida del sujeto. El uso crónico de la supresión emocional está vinculado con

mayores problemas en la posibilidad de desarrollar relaciones interpersonales cercanas (Gross & John, 2003; John & Gross, 2004 citados en Porro-Conforti y Andrés, 2011) niveles bajos de autoestima (Caprara & Steca ,2005, citados en Porro-Conforti y Andrés, 2011), experimentan mayor cantidad de emociones negativas, perciben menor apoyo social y mayor predisposición a presentar síntomas de depresión y de ansiedad (John & Gross, 2004; Durbin & Shafir, 2007; Gross & John, 2003; Kashdan & Steger, 2006; Dennis, 2007; Garnefsi, Rieffe, Jellesma, Terwogt, & Kraaij, 2007 citados en Porro-Conforti y Andrés, 2011).

Por último, la correlación con mayor significación obtenida fue entre el factor Neuroticismo y sintomatología depresiva. Para clarificar esta relación es importante determinar en qué consiste este factor de la personalidad. El Neuroticismo ha sido conceptualizado como una dimensión de la personalidad con mayor sensibilidad del sistema límbico a los estímulos que provienen de exterior (Eysenck, 1967 citado en Guarino & Roger, 2005). Los sujetos con este factor alto son más tendientes a experimentar una mayor activación de sistema nervioso autónomo y a percibir una mayor perturbación y agitación ante experiencias vitales estresantes (Matthews y Deary, 1998, citados en Guarino & Roger, 2005). Se han encontrado pocos estudios que analicen la relación entre el factor neuroticismo y la depresión en pacientes oncológicos, en los estudios leídos, se presentan resultados similares en lo que respecta a esta relación, mostrando que niveles altos de neuroticismo conllevarían al posterior desarrollo de depresión en estos pacientes (Nicholas & Veach, 2000; Noyes, Holt & Massie, 1998, citados en Valencia Lara, 2006). Tienden a percibir la vida más estresante y a afrontarla de manera más ineficiente, como así también a experimentar mayor cantidad de quejas somáticas, rabia, ansiedad, tristeza y disgustos (Costa y McCrae, 1987; McCrae, 1990; Watson y Clark, 1984 citados en Valencia Lara, 2006).

Esta mayor activación del sistema límbico, que lleva a experimentar los eventos de manera más estresante podría llegar a ser la razón para explicar la relación entre depresión y Neuroticismo. De esta misma manera se podría explicar la correlación positiva encontrada entre ansiedad y el factor Neuroticismo., como terreno fértil para experimentarla. De esta manera la hipótesis no se rechaza ya que se encontró que el factor Neuroticismo tendría alguna relación con el pronóstico de ansiedad y depresión.

Para finalizar es importante mencionar que por cuestiones éticas no se pudo controlar algunas variables importantes debido a que se trabajó con los sujetos que se iban presentando en ese lapso temporal, pero sería de gran utilidad poder realizar un estudio similar controlando variables tales como el género, el tipo de cáncer y el estadio de la enfermedad en que están los sujetos. Esta resultó una limitación del presente estudio, debido a que la mayoría de los sujetos fueron del sexo femenino y solo una minoría perteneció al sexo masculino, así también sería interesante poder aplicar este estudio a una mayor cantidad de sujetos de diversas tipologías cancerosas pero en un número más proporcionado de cada uno de ellos teniendo en cuenta la fase de la enfermedad por la que están atravesando. De esta manera se podría realizar un estudio más profundo de las variables estudiadas y la enfermedad.

El aporte principal del tema investigado radica en la fundamental importancia de las estrategias de regulación emocional en el proceso de salud-enfermedad. Las consecuencias de cada estrategia utilizada podrían llegar a ser cruciales en el bienestar físico y psicológico de los pacientes. De esta manera se podrían llevar a cabo terapias focalizadas en la educación sobre estrategias emocionales más saludables, pudiendo esto cambiar de manera rotunda el curso y el pronóstico de la enfermedad.

Referencias Bibliográficas

Fernández, C. A., & Flores, A. B. (2011). Intervención Psicológica en Personas con Cáncer. *Psychological Intervention in Cancer Patients. Clínica*, 2(2), 187-207. Recuperado el 4 de agosto del 2014 de <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/clinicacontemporanea/cc2011v2n2a6.pdf>

Amaya, A., & Parra, E. (2010). Evaluación del patrón de conducta tipo C y su relación con el control emocional en pacientes oncológicos. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 1(1), 70-87. Recuperado el 10 de diciembre del 2013 de <http://ocupacional.umb.edu.co/revp/index.php/vanguardiapsicologica/article/view/18/80>

Anarte, M.T.; Lopez, A.E.; Ramirez, C. y Esteve, R. (2000) Evaluación del patrón de conducta tipo C en pacientes crónicos. *Anales de Psicología*, 16 (2), 133-141. Recuperado el 12 de noviembre del 2013 de http://www.um.es/analesps/v16/v16_2/03-16_2.pdf

Anarte, M. T., Esteve, R., Ramirez, C., Lopez, A. E. y Amorós, F. J. (2001). Adaptación al castellano de la escala Cortauld de control emocional en pacientes con cáncer. *Psicothema*, 13 (4), 636-642. Recupeado el 13 de noviembre del 2013 de <http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/7880/7744>

Andreu, Y. (1998) Algunas Consideraciones Conceptuales y Metodológicas en la Investigación sobre el Patrón de Conducta Tipo C. *Análise Psicológica*, 4 (XVI), 569-579. Recuperado de 5 de enero del 2014 de <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/aps/v16n4/v16n4a03.pdf>

Arbizu, J. P. (2009). Factores psicológicos que intervienen en el desarrollo del cáncer y en la respuesta al tratamiento. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 24, 173-178. Recuperado el 20 de abril del 2014 de <http://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/article/view/5848/4736>

Ascencio-Huertas, L., & García-Rodríguez, F. M. (2011). Programa de formación en psico-oncología basado en el modelo fundacional. *GAMO*, 10(2), 94-102

Cano, A. (2005). Control emocional, estilo represivo de afrontamiento y cáncer: ansiedad y cáncer. *Psicooncología*, 2(1), 71-80. Recuperado el 2 de marzo del 2014 de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0505120071A/16099>

Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., & Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: a study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and social psychology*, 65(2), 375. doi: 10.1037/0022-3514.65.2.375

Carroll, B. T., Kathol, R. G., Noyes Jr, R., Wald, T. G., & Clamon, G. H. (1993). Screening for depression and anxiety in cancer patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *General hospital psychiatry*, 15(2), 69-74. Recuperado el 23 de junio del 2014 de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/016383439390099A>

Castro Solano, A. (2005) *Técnicas de Evaluación psicológica en los ámbitos militares*. Paidós: Buenos Aires.

Cruzado, J. A. (2003). La formación en Psicooncología. *Psicooncología*, (1), 9-19. Recuperado el 25 de junio del 2014 de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0303110009A/16373>

de Jesús Almanza-Muñoz, J., & Holland, J. C. (2000). Psico-oncología: estado actual y perspectivas futuras. *Rev Inst Nal Cancerol (Mex)*, 46(3). Recuperado el 23 de junio del 2014 de <http://www.medigraphic.com/pdfs/cancer/ca-2000/ca003k.pdf>

Derogatis, LR, Abelloff, MD, y Melisaratos, N. (1979). Mecanismos de adaptación psicológica y el tiempo de supervivencia en el cáncer de mama metastásico. *Jama*, 242 (14), 1504-1508. Recuperado el 24 de junio del 2014 de <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=366764>

Fernández-Ballesteros, R. y Ruiz, M.A. (1997). Personalidad y cáncer: Hans J. Eysenck, un rebelde con causa. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 50(4), 447-464. Recuperado el 28 de mayo de 2014, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342006000300004&lng=pt&lng=es. .

Garay López, J. C., Sánchez Chávez, D., Moysén Chimal, A., Balcázar Nava, P., Gurrola Peña, G. M., Valdés, E., & de la Luz, J. M. (2013). Ansiedad y depresión en pacientes con cáncer. Recuperado el 7 de mayo del 2014 de <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/6118/1/26conf1%2057144.pdf>.

Garrido-Rojas, Luzmenia. (2006). Apego, emoción y regulación emocional: Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 493-507. Recuperado el 28 de mayo de 2014, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342006000300004&lng=pt&tlng=es.

Gross, J. J. & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotional regulation process: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362. doi: 10.1037/0022-3514.85.2.348.

Gaviria, A. M., Vinaccia, S., Riveros, M. F., & Quiceno, J. M. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud, afrontamiento del estrés y emociones negativas en pacientes con cáncer en tratamiento quimioterapéutico. *Psicología desde el Caribe*, (20), 50-75. Recuperado el 13 de octubre del 2013 de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0123-417X2007000200004&script=sci_arttext

Guarino, L. R., & Roger, D. (2005). Construcción y validación de la Escala de Sensibilidad Emocional (ESE). Un nuevo enfoque para medir neuroticismo. *Psicothema*, 17(3), 465-470. Recuperado el 2 de agosto del 2014 de <http://www.unioviedo.net/reunido/index.php/PST/article/view/8350>

Hernández Sampieri, R.; Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, P. (2010). *Metodología de la investigación*. (5° Ed.). México: McGraw-Hill.

Herrero, M. J.; Blanch, J.; Peri, J. M.; De Pablo, J.; Pintor, L. & Buelbena, A. (2003) A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population. *General Hospital Psychiatry*, 25(4), 277-283. Recuperado del 3 de Julio del 2014 de A validation study of the hospital anxiety and depression scale (HADS) in a Spanish population

John, O.P., Caspi, A., Robins, R.W., Moffitt, T.E. y Stouthamer-Loeber, M. (1994). The «Little Five»: Exploring the nomological net of the fivefactor model of personality in adolescent boys. *Child Development*, 65,160-178.

Lozano, E. A., Salinas, C. G., & Carnicero, J. A. C. (2004). Aspectos evolutivos de la autorregulación emocional en la infancia. *anales de psicología*, 20(1), 69-79. Recuperado el 2 de julio del 2014 de http://www.um.es/analesps/v20/v20_1/07-20_1.pdf

McCrae R.R. & Costa P. T. (1985). Updating Norman's "adequate taxonomy": Intelligence and personality dimensions in natural language and in questionnaires. *Journal of Personality & Social Psychology*, 49,710-721. Doi: 10.1037/0022-3514.49.3.710

McDougall, W. (1932). Of the word character and personality. *Character personality*, 1, 3-16. DOI: 10.1111/j.1467-6494.1932.tb02209.x

Maté, J., Hollenstein, M. F., & Gil, F. L. (2004). Insomnio, ansiedad y depresión en el paciente oncológico. *Psicooncología*, 1(2), 211-230. Recuperado el 3 de junio del 2014 de <http://revistas.ucm.es/index.php/PSIC/article/view/PSIC0404120211A/16254>

Miller, D. L., Manne, S. L., Taylor, K., Keates, J., & Dougherty, J. (1996). Psychological distress and well-being in advanced cancer: The effects of optimism and coping. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 3(2), 115-130. Recuperado de 4 de Agosto del 2014 de <http://link.springer.com/article/10.1007/BF01996132>

Moreno, P. & Jorge, A. (2006). *Cuestionario de Expresividad de Berkeley*. Versión española. Autorizado por los autores de la versión original en Inglés (Gross, 2000). Los Ángeles: Universidad de California.

Piqueras, J. A., Ramos, V., Martínez, A. E., & Oblitas, L. A. (2009). Emociones negativas y su impacto en la salud mental y física. *Revista Suma Psicológica*, 16(2), 85-112.

Porro-Conforti, María Laura, and María Laura Andrés. "Tipo de expresividad emocional y tendencia a la supresión de la expresión emocional

en pacientes diagnosticados con cáncer." *PSIENCIA. Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica* 3.1 (2011). Doi: 10.5872/psiciencia/3.1.21

Porro, M. L., Andrés, M. L., & Rodríguez-Espínola, S. (2012). Regulación emocional y cáncer: utilización diferencial de la expresión y supresión emocional en pacientes oncológicos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 30 (2), 341-355. Recuperado el 5 de noviembre del 2013 del 2014 de <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/1969>

Andrés, M. L., & Porro-Conforti, M. L. (2013). Regulación emocional en personas con y sin diagnóstico de cáncer: Relaciones con ansiedad y depresión. Recuperado el 4 de diciembre del 2014 de <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/6068>

Rico, J. L., Restrepo, M., & Molina, M. (2005). Adaptación y validación de la escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HAD) en una muestra de pacientes con cáncer del Instituto Nacional de Cancerología de Colombia. *Avances en Medición*, 3(1), 73-86. Recuperado el 3 de julio del 2014 de <http://scienti.colciencias.gov.co:8084/publindex/docs/articulos/1692-0023/2/4.pdf>

Rodríguez Vega, B. (2002). Síntomas de ansiedad y depresión en un grupo de pacientes oncológicos y en sus cuidadores. Recuperado el 2 de agosto del 2014 de <http://baes.ua.pt/handle/10849/93>

Rodríguez-Carvajal, R.; Moreno-Jiménez, B. & Garrosa, E. (2006). *Cuestionario de Regulación Emocional*. Versión española. Autorizado por los autores de la versión original en Inglés (Gross y John, 2003). Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

Ruiz-Aranda, D., Fernández-Berrocal, P., Cabello, R., & Extremera, N. (2006). Una aproximación a la integración de diferentes medidas de regulación emocional. *Ansiedad y Estrés*, 12 (2-3), 155-166. Recuperado el 13 de abril del 2014 de <http://emotional.intelligence.uma.es/documentos/1-Cabello2006.pdf>

Serna, E. J. C., Jaramillo, A. C., & Lince, V. E. D. F. (2013). Relación entre la personalidad tipo C y el cáncer. Relationship between type C Personality and cancer, state of the art. *Psicoespacios*, 7(10), 66-92. Recuperado el 22 de diciembre del 2013 de <http://www.iue.edu.co/revistas/iue/index.php/Psicoespacios/article/view/140>

Silva C., Jaime. (2005). Emotion Regulation and Psychopathology: the Vulnerability/Resilience Approach. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 43(3), 201-209. Recuperado en 07 de junio de 2014, de http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272005000300004&lng=es&tlng=en. 10.4067/S0717-92272005000300004.

Stanton, A. L., Danoff-burg, S., & Huggins, M. E. (2002). The first year after breast cancer diagnosis: hope and coping strategies as predictors of adjustment. *Psycho-Oncology*, 11(2), 93-102. DOI: 10.1002/pon.574

Thompson, R. (1994). Emotion regulation: A theme in search for definition. En N, Fox (Ed.), *The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations*, Monographs of the Society for Research in Child Development, 59 (2/3, serial N°240), 25-52. DOI: 10.1111/j.1540-5834.1994.tb01276.x

Thomas, S. F., & Marks, D. F. (1995). The measurement of coping in breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 4(3), 231-237. Recuperado el 3 de marzo del 2014 de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.2960040309/full>

Valencia Lara, S. C. (2006). Depresión en personas diagnosticadas con cáncer. *Diversitas*, 2(2), 241-257. Recuperado el 3 de junio del 2014 de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1794-99982006000200006&script=sci_abstract

Vinaccia, S., Arango, C., Erika, C., Tobón, S., Moreno, E. & López, A. (2006). Evaluación de Conducta Tipo C y su relación con la Cognición hacia la Enfermedad en Pacientes Colostomizados con Diagnóstico de Cáncer Colorrectal. *Universitas Psychologica*, 5 (3), 575-583. Recuperado el 22 de diciembre del 2013 de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1657-92672006000300012&script=sci_arttext&tlng=es

Zigmond, A. S. & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinav*, 67, 361-370. Recuperado de 2 de diciembre del 2013 de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x/full>

Anexos

Cuestionario de Regulación Emocional -ERQ- (Gross & John, 2003; traducido y adaptado al español por Rodríguez- Carvajal, Moreno-Jiménez y Garrosa, 2006; adaptado a la población Argentina por Porro-Conforti & Andrés, 2011).

Cuestionario de Expresividad de Berkeley BEQ- (Gross, 2000; traducido y adaptado al español por Moreno & Jorge, 2006; adaptado a la población argentina por Porro-Conforti & Andrés, 2011).

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria: HAD (Zigmond & Snaith, 1983; traducido y adaptado al español por Herrero, Blanch, Peri, De Pablo, Pintor y Buelbena, 2003).

Cuestionario Big Five de Personalidad (BFQ) (John, Caspi, Robins, Moffitt & Stouthamer-Loeber, 1994, adaptado para la población argentina por Castro Solano, 2005)

Tabla Correlaciones globales

Correlations

		Extraver.	Agradabi	Respons	Neuroti	Apertu r	Ansied	Depres	Supr. Emoci	Reev. Cog.	Expresiv Negativa	Expres iv Positiv a	Inten si Impu l
Extraversi ón	C. Pearson	1	,127	,586*	,228	,245	,044	,212	-,359	-,028	-,336	-,096	,396*
	Sig. (2-tailed)		,502	,001	,225	,192	,816	,262	,051	,883	,069	,612	,030
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Agradabili dad	Pearson	,127	1	,521	-,337	-,233	,087	-,260	-,177	,024	-,270	-,096	,315
	Sig. (2-tailed)	,502		,003	,069	,216	,647	,165	,351	,899	,149	,614	,090
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Responsa bili	Pearson	,586*	,521	1	,004	,072	,091	-,009	-,421	,021	-,397	,029	,447
	Sig. (2-tailed)	,001	,003		,985	,705	,632	,964	,021	,911	,030	,878	,013
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Neuroticis mo	Pearson	,228	-,337	,004	1	-,013	,367	,626	,323	-,233	,477	-,092	,137
	Sig. (2-tailed)	,225	,069	,985		,945	,046	,000	,082	,216	,008	,628	,471
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Apertura	Pearson	,245	-,233	,072	-,013	1	-,111	-,010	-,289	,161	,015	,110	,106
	Sig. (2-tailed)	,192	,216	,705	,945		,558	,960	,122	,396	,936	,565	,578
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Ansiedad	Pearson	,044	,087	,091	,367	-,111	1	,518*	,176	-,238	,119	-,128	,154
	Sig. (2-tailed)	,816	,647	,632	,046	,558		,003	,351	,206	,531	,499	,417
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Depresión	Pearson	,212	-,260	-,009	,626	-,010	,518*	1	,432	-,229	,415	-,315	,164
	Sig. (2-tailed)	,262	,165	,964	,000	,960	,003		,017	,223	,023	,090	,387
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Supres. Emocional	Pearson	-,359	-,177	-,421	,323	-,289	,176	,432	1	-,069	,493*	-,305	-,171
	Sig. (2-tailed)	,051	,351	,021	,082	,122	,351	,017		,715	,006	,101	,366
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Reev. Cogn.	Pearson	-,028	,024	,021	-,233	,161	-,238	-,229	-,069	1	-,072	-,099	,048
	Sig. (2-tailed)	,883	,899	,911	,216	,396	,206	,223	,715		,705	,604	,803
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Expres. Negativa	Pearson	-,336	-,270	-,397	,477	,015	,119	,415	,493*	-,072	1	-,196	,079
	Sig. (2-tailed)	,069	,149	,030	,008	,936	,531	,023	,006	,705		,300	,676
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Expres. Positiva	Pearson	-,096	-,096	,029	-,092	,110	-,128	-,315	-,305	-,099	-,196	1	,150
	Sig. (2-tailed)	,612	,614	,878	,628	,565	,499	,090	,101	,604	,300		,430
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30
Inten. Impul	Pearson	,396*	,315	,447	,137	,106	,154	,164	-,171	,048	,079	,150	1
	Sig. (2-tailed)	,030	,090	,013	,471	,578	,417	,387	,366	,803	,676	,430	
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

